

## DOENÇA CELÍACA: EXPLORANDO O ICEBERG

Doença celíaca (DC) é uma enteropatia auto-imune caracterizada por má-absorção resultante de lesão inflamatória crônica da mucosa do intestino delgado após ingestão de glúten por indivíduos geneticamente susceptíveis (HLA-DQ2 e HLA-DQ8). Fração gliadina do glúten do trigo (e outras proteínas solúveis em álcool de outros cereais) é o fator responsável pelo desenvolvimento do dano intestinal.<sup>1</sup>

Embora considerada doença incomum e devido à ausência de manifestações intestinais clássicas (diarréia, cólicas e distensão abdominais em crianças e adultos jovens) na maioria dos indivíduos acometidos, estima-se sua prevalência em 0,5 a 1% da população norte-americana e 1:375-681 em doadores de sangue no Brasil.<sup>2-4</sup> O reconhecimento apenas de uma fração menor, do grupo numeroso de pacientes com DC existente, tem levado à comparação desta entidade a um "iceberg" onde apenas a sua menor parte é visualizada, estando submersa sua parte mais expressiva. Por tal razão, maior empenho em sua identificação, sobretudo em formas latentes, se faz cada vez mais necessário.

Recentes identificações de auto-antígenos envolvidos na patogênese da DC levaram ao desenvolvimento de novos testes diagnósticos que ainda carecem do estabelecimento de estratégias adequadas para sua aplicação rotineira. Também relevante é a necessidade de divulgação do amplo espectro de manifestações clínicas intestinais e extra-intestinais da doença e suas conseqüências, quais indivíduos devam ser investigados e qual abordagem terapêutica e seguimento deverão ser adotados para estes pacientes.

Nenhum teste diagnóstico utilizado isoladamente permite a confecção do diagnóstico de DC. Cabe ao clínico importante papel na avaliação conjunta de parâmetros clínicos, laboratoriais e histopatológicos em pacientes utilizando dieta com alimentos que contenham glúten. Inicialmente, recomenda-se a realização de testes sorológicos sendo os anticorpos anti-endomísio IgA e anti-transglutaminase tecidual IgA os que apresentam maior acurácia diagnóstica. Anticorpos anti-gliadina apresentam baixa sensibilidade e especificidade não sendo recomendados atualmente. Múltiplas biópsias obtidas a partir da segunda porção duodenal guiadas por endoscopia digestiva alta e demonstrando atrofia vilositária, hiperplasia de criptas e linfócitos intra-epiteliais permitem diagnóstico presuntivo de DC.<sup>2</sup> Diagnóstico definitivo de DC é confirmado quando há resolução dos sintomas após introdução de dieta isenta de glúten.

Certas populações apresentam maior prevalência de DC e cabe ao médico estar atento para elas. Parentes de primeiro grau de pacientes com DC apresentam prevalência de 4 a 12% de sua ocorrência. Pacientes com diabetes mellitus tipo 1 apresentam prevalência de 3 a 8% e pacientes com síndrome de Down de 5 a 12%. Ainda, verifica-se associação de DC com síndrome de Turner, síndrome de Williams, deficiência de IgA e doenças auto-imunes.<sup>5,6</sup>

DC é considerada doença multissistêmica, sendo sua apresentação clínica variável. Assim, um grupo de especialistas poderá se deparar com estes pacientes a partir de determinados sinais e sintomas, a saber: diarréia crônica, má-absorção, emagrecimento, dor abdominal, meteorismo, anorexia e obstipação (gastroenterologista), elevação de transaminases (hepatologista), diarréia, anemia, desnutrição e retardo de desenvolvimento em crianças (pediatra), dermatite herpetiforme (dermatologista), infertilidade e abortamentos repetidos (ginecologista), osteoporose (reumatologista), tireoidite, diabetes mellitus tipo 1 (endocrinologista), depressão, ansiedade (psiquiatra), neuropatia periférica, ataxia, epilepsia e enxaqueca (neurologista) e estomatite recorrente e hipoplasia do esmalte dentário (estomatologista/odontologista). Portanto, em tais circunstâncias deverá ser investigada a possibilidade de DC.<sup>2</sup>

Terapêutica para DC deverá ser instituída após investigação diagnóstica completa incluindo avaliação sorológica e biópsia intestinal. O tratamento é representado por dieta isenta de glúten durante toda vida. Identificação e correção de carências nutricionais é desejável. Repetição dos testes sorológicos ajuda na identificação de não aderência a dieta isenta de glúten ou ingestão inadvertida. Aderência ao tratamento depende de educação do paciente e seus familiares, recomendando-se consulta com nutricionista especializado em DC. Participação em grupos de ajuda promove suporte emocional e social.

Concluindo, DC é doença multissistêmica com prevalência não desprezível, pouco diagnosticada e associada à morbidade e redução de qualidade de vida. Atualmente dispõe-se de testes diagnósticos não-invasivos que devem ser empregados rotineiramente. O tratamento da DC consiste em dieta isenta de glúten durante toda vida e associa-se a remissão dos sintomas. Educação dos médicos e nutricionistas, bem como divulgação de tal patologia a população deve ser enfatizada.

ELSON VIDAL MARTINS JÚNIOR  
ANA KARLA GABURRI

MESTRE EM GASTROENTEROLOGIA PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
PROFESSOR DE GASTROENTEROLOGIA DA UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS



### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Farrel RJ, Kelly CP. Celiac sprue. *N Engl J Med*, 346:180-8, 2002.
- 2 - National Institutes of Health Consensus development Conference Statement on Celiac Disease. *Gastroenterology*, 128:S1-S9, 2005.
- 3 - Gandolfi L, Pratesi R, Córdoba JCM, Taül PL, Gasparin M, Catassi C. Prevalence of celiac among blood donors in Brazil. *Am J Gastroenterol*, 95: 689-92, 2000.
- 4 - Melo SBC, Galvão LC, Fernandes MIM, Peres LC, Maranhão DAC. Prevalência de doença celíaca em doadores de sangue em Ribeirão Preto. *Pediatrka*, 23:244-73, 2003.
- 5 - Green PHR, Jabri B. Coeliac disease. *362:383-91*, 2003.
- 6 - Martins Júnior EV, Gaburri AK. Celiac disease onset after pegylated interferon and ribavirin treatment of chronic hepatitis C. *Arq Gastroenterol*, 41:132-3, 2004.