

# Alteraciones psicológicas y enfermedad celíaca

**P. Justo Vaquero, J. M. Marugán de Miguelsanz**

Sección de Gastroenterología y Nutrición Infantil. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**Fecha de recepción:** 26 de enero 2014

**Fecha de publicación:** 27 de febrero 2014

Adolescere 2014; II (1): 46-50

## Introducción

La enfermedad celíaca es una patología perteneciente al grupo de las enteropatías autoinmunes. Está desencadenada por la ingesta del gluten, contenida en el trigo, cebada, avena y centeno. Dichas sustancias originan una atrofia villositaria total o subtotal en el intestino delgado de individuos predispuestos.

Se trata de una entidad muy frecuente con una prevalencia variable en los diferentes países, y cuyo único tratamiento eficaz existente en la actualidad es la realización de una dieta exenta de gluten. Su diagnóstico se establece mediante una combinación de hallazgos clínicos, serológicos, genéticos y morfológicos.

Respecto a su sintomatología, existen formas de presentación en las que predominan las alteraciones digestivas y la repercusión nutricional (llamadas manifestaciones clásicas). En otras ocasiones, los síntomas son mayoritariamente extradigestivos, y por esto se hace más complicada la sospecha de la enfermedad. Entre estas alteraciones se encuentran las mucocutáneas, osteoarticulares, hematológicas y otras que han sido menos estudiadas, estando descritas entre ellas manifestaciones neurológicas y neuropsiquiátricas (cambios de carácter, irritabilidad, depresión, retraso del desarrollo, trastornos del aprendizaje, demencia, TDHA y otras).

Se han realizado múltiples trabajos intentando esclarecer la posible relación entre todas estas alteraciones neurológicas, psiquiátricas y psicológicas con la enfermedad celíaca. Muchos de ellos destacan que la sensibilidad al gluten es una característica común en estos pacientes, incluso que esta sensibilidad podría hacerles más propensos a desarrollar dichas enfermedades. Las causas de esta supuesta relación aún no están claras y han sido preferentemente analizadas en pacientes adultos y no en niños ni adolescentes.

Allá en el año 1956, Dayne ya se aventuró a proponer el término de síndrome pre-celiaco para agrupar una serie de alteraciones psicológicas y comportamentales que presenta el paciente previamente al diagnóstico y que mejorarían de forma espectacular tras la retirada del gluten de la dieta.

Algunos de los estudios actuales se centran más concretamente en la búsqueda de una asociación de la enfermedad celíaca con ciertos problemas como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En 2006, estudios realizados por Niederhofer y Pittschieler obtienen como resultados que el cumplimiento de la dieta podría mejorar los síntomas de ambas y que la celiaquía debería ser incluida entre las enfermedades relacionadas con el TDHA.

Pasamos a describir el caso clínico de un varón de 11 años y 2 meses de edad cuya clínica inicial fueron cambios en su comportamiento.

## Antecedentes personales

Nacido a término con somatometría adecuada al nacimiento. Realizó lactancia mixta desde el principio e inició los cereales con gluten alrededor de los 5 meses de edad. Introdujo la alimentación complementaria sin presentar ningún episodio de posible alergia o intolerancia. Tanto su desarrollo ponderoestatural como psicomotor han sido adecuados y controlados por su pediatra en las sucesivas revisiones. Como único antecedente patológico de interés precisó ingreso hospitalario al mes de vida debido a bronquiolitis causada por virus respiratorio sincitial.

Es un niño activo al que le gustan los juegos al aire libre y que nunca se siente cansado. Duerme al menos ocho horas diarias sin despertares nocturnos. Tiene buen apetito y realiza una dieta normal variada no rechazando ningún alimento. Hace una deposición normal diaria. No tiene vómitos ni se queja habitualmente de dolor abdominal ni a otros niveles.

Siempre ha estado escolarizado en el mismo centro, asistiendo a clase con regularidad. Actualmente cursa tercero de primaria. Nunca ha tenido dificultades en el aprendizaje y según sus profesores y orientadores educativos tiene capacidades intelectuales normales y un buen nivel de competencia curricular. Se relaciona bien con otros niños al igual que con su familia, con la que es muy cariñoso y no suelen discutir.

## Familia

Su padre tiene 41 años y es ingeniero de caminos. Su madre también tiene 41 años y es secretaria. Ambos carecen tanto de enfermedades orgánicas como de patología psiquiátrica. Tiene un único hermano de 13 años que también está sano, escolarizado en su mismo centro y con el que tiene una buena relación.

## Proceso actual

Acude acompañado de sus padres a la consulta de su pediatra de atención primaria. Ambos indican cambios importantes en el comportamiento de su hijo durante los últimos tres meses que tanto a ellos como a sus profesores les preocupan. Lo describen como un niño alegre del cual destacan su curiosidad y creatividad, con actitud muy positiva frente al entorno escolar, donde siempre demostraba interés y respetaba las normas. Indican que desde el inicio del curso actual, le ven menos atento que antes a las explicaciones en clase. Manifiesta constantemente su desagrado con todo lo relacionado con la escuela mediante expresiones como "me aburro", "siempre hacemos lo mismo" o "no me gusta ir". Algunas mañanas incluso se niega a acudir al

colegio, hecho que provoca enfrentamientos frecuentes con su madre. Destacan especiales dificultades en cuanto a la realización de las tareas en casa, algo que a él siempre le había gustado hacer. No consiguen que ningún juego o tarea escolar le atraiga lo suficiente como para llegar a terminarla. Todo esto está repercutiendo mucho en su rendimiento académico. Desde que viven esta situación ven al niño triste, apático y desmotivado. Sus frecuentes actitudes negativistas están creando conflictos familiares. No saben cuál puede ser la causa pero el carácter del niño ha cambiado completamente, motivo por el que consultan.

A la exploración el niño presenta un buen estado general y aspecto normonutrido. Buena hidratación y adecuada coloración. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen no distendido, blando, depresible, no doloroso y sin masas ni visceromegalias. No presenta alteraciones cutáneas.

Tras realizar dicha exploración completa donde no se objetiva ninguna alteración y con objeto de descartar patología orgánica relacionada con el cambio de carácter, su pediatra decide solicitar una analítica sanguínea que incluye las tres series hematológicas, bioquímica con transaminasas, reactantes de fase aguda, hormonas tiroideas e inmunoglobulinas, resultando todo normal. Asimismo solicita serología celíaca con anticuerpos antiendomiso y antitransglutaminasa que resultan ambos positivos, y ante la sospecha de enfermedad celíaca deriva al paciente a la consulta de gastroenterología infantil en nuestro hospital.

## Evaluación en la consulta de Gastroenterología Infantil

Cuando acude a nuestra consulta tiene un peso de 39,700 kg y una talla de 141,4 cm, ambos en percentil 50-75. Continúa objetivándose una evolución ponderoestatural y exploración física normales. Se decide en este momento realizar estudio genético de enfermedad celíaca que será informado como positivo: con presencia del complejo DQ2. Asimismo se procede a realización de biopsia duodenal donde se evidencia atrofia villositaria leve (tipo 3a de Marsh), lo cual nos lleva al diagnóstico definitivo de enfermedad celíaca. Se inicia por tanto el tratamiento con dieta de exclusión de gluten.

En su evolución, el paciente realizó la dieta correctamente y prueba de ello fue la negativización en su primera revisión tras 3 meses de los anticuerpos antiendomiso y antitransglutaminasa (los cuales ha mantenido negativos posteriormente en los sucesivos controles). A pesar de todo esto, la persistencia del estado de ánimo triste y las dificultades escolares del paciente persistieron por lo que se programó una consulta en psiquiatría infantil.

## Evaluación en la consulta de Psiquiatría Infantil

Tras realizar una minuciosa entrevista a los padres y al paciente y aplicando los criterios clínicos según la clasificación DSM-IV, el paciente es diagnosticado de trastorno por déficit de atención y se inicia tratamiento con Metilfenidato.

Durante los once meses siguientes sí se observa una franca mejoría de los síntomas conductuales, especialmente en el colegio, donde ha aumentado su atención y rendimiento.

## Comentarios

La enfermedad celiaca es la patología crónica intestinal más frecuente con una prevalencia estimada en 1/100-150, aunque que se cree que en realidad es mucho más alta (por cada caso diagnosticado podrían existir 5 sin diagnosticar).

Ha sido demostrada su relación con ciertas patologías como la diabetes tipo 1, el hipotiroidismo, enfermedad inflamatoria intestinal, artritis crónica o lupus, en relación a su mecanismo autoinmune. Su posible relación con otras muchas enfermedades, entre ellas algunas neurológicas y neuropsiquiátricas, ha sido objeto de múltiples estudios, sin llegar por el momento a resultados concluyentes.

En el caso de algunas patologías, como es el TDHA, la elevada prevalencia de la enfermedad y el intentar relacionarla con otra enfermedad tan frecuente como la celiaquía, no permite aclarar en los diferentes trabajos si la relación entre ellas es real o es fruto de su elevada prevalencia.

Frecuentemente en los tratados acerca de la enfermedad celiaca, se describen entre los síntomas acompañantes a los digestivos, numerosas alteraciones del carácter que pueden estar presentes al diagnóstico. Entre ellas suelen destacarse la irritabilidad, y otros como la depresión o la ansiedad, más propios de los adolescentes y adultos. Algunos de estos síntomas, añadidos a otros mucho más específicos, podrían orientarnos hacia la sospecha de enfermedad celiaca, pero ninguna de estas alteraciones del comportamiento ha sido claramente relacionada, pues su origen podría estar en otras múltiples patologías.

Según las nuevas indicaciones de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas (ESPGHAN) publicadas en 2012 sobre *cuándo investigar el diagnóstico de enfermedad celiaca*, al margen de las formas clínicas clásicas, se investigarían aquellos pacientes con una serie de síntomas o signos extradigestivos que se enumeran en dicho artículo (mucocutáneos, analíticos) y en ciertos niños y adolescentes con antecedentes personales de riesgo. A pesar de la aceptada relación de la celiaca con ciertas modificaciones en el carácter y posiblemente debido a su inespecificidad en la mayoría de los casos, no se hace alusión en estas recomendaciones a ningún síntoma de la esfera psicológica que justifique la realización de exploraciones de laboratorio para descartar la enfermedad.

En un estudio recientemente publicado por Güngör y cols sobre la posible asociación entre celiaca y TDHA, se estudiaron más de 300 pacientes con este último diagnóstico, pareados con controles sanos. La positividad de los anticuerpos antransglutaminasa tisular en ambos grupos fue similar.

Por lo tanto, en nuestro caso no hubiese sido necesaria la realización de las pruebas serológicas ante la presencia exclusivamente de síntomas comportamentales. A pesar de ello, tras el hallazgo casual, el paciente fue correctamente diagnosticado de enfermedad celiaca.

Puesto que los síntomas de la esfera psicológica no mejoraron tras la retirada del gluten y sí lo hicieron significativamente tras la prescripción de metilfenidato, decidimos atribuir la sintomatología por la que consultó a su trastorno por déficit de atención.

Estudios futuros podrían definir mejor la gama de síntomas previos al diagnóstico de celiaca, las posibles relaciones y su respuesta clínica a una dieta libre de gluten.

## Bibliografía

1. Niederhofer H, Pittschieler K, A preliminary investigation of ADHD symptoms in persons with celiac disease. *J Atten Disord.* 2006;10: 200-4.
2. Zelnik N, Pacht A, Obeid R, Lemer A. Range of neurological disorders in patients with celiac disease. *Pediatrics*, 2004; 113: 1672-6.
3. Hadjivassiliou M, Gibson A, Davies-Jones GA, Lobo AJ, Stephenson TJ, Milford-Ward A. Does cryptic gluten sensitivity play a part in neurological illness? *Lancet* 1996; 347: 369-71.
4. Cannings JR, Butler CC, Prout H, Owen D, Williams D et al. A case-control study of presentations in general practice before diagnosis of coeliac disease. *Br J Gen Pract* 2007; 57: 636-42.
5. Lahat E, Broide E, Leshem M, Evans S, Scapa E. Prevalence of celiac antibodies in children with neurologic disorders. *Pediatr Neurol.* 2000; 22: 393-6.
6. Güngör S, Celiloğlu OS, Özcan OO, Raif SG, Selimoğlu MA. Frequency of celiac disease in attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2013; 56: 211-4.
7. Young J. Common comorbidities seen in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Adolesc Med State Art Rev.* 2008; 19: 216-28.
8. Niederhofer H. Association of attention-deficit/hyperactivity disorder and celiac disease: a brief report. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2011;13 (3), pii: PCC 10 br 01104.
9. Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabo IR, Mearin ML, Phillips A, Shamir R, Troncone R, Giersiepen K, Branski D, Catassi C, Leigeman M, Mäk Mi, Ribes-Koninckx C, Ventura A, Zimmer KP, for the ESPGHAN Working Group on Coeliac Disease Diagnosis, on behalf of the ESPGHAN Gastroenterology Committee. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition Guidelines for the Diagnosis of Coeliac Disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2012; 54: 136-160.