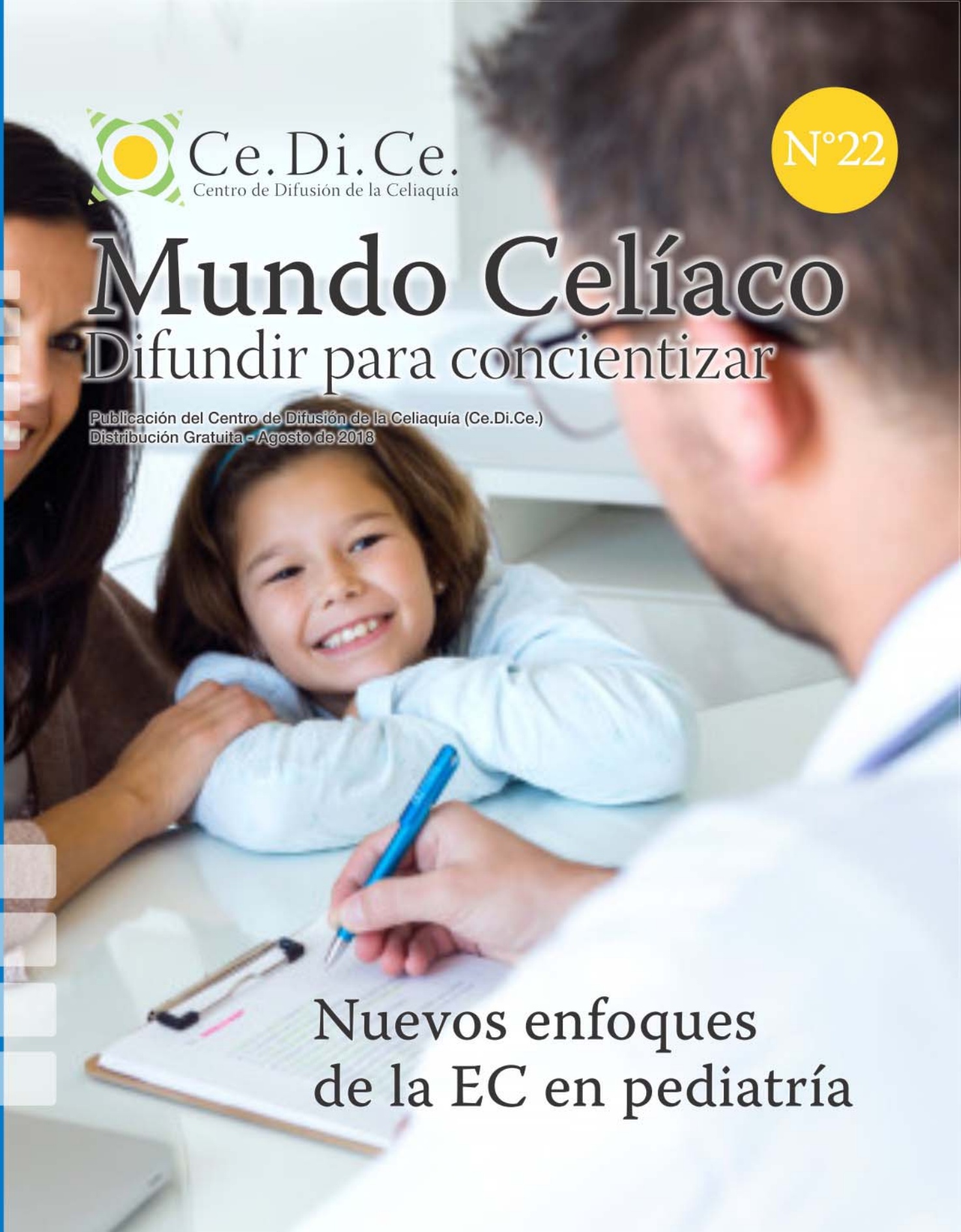


Ce.Di.Ce.
Centro de Difusión de la Celiaquía

N°22

Mundo Celíaco

Difundir para concientizar

Publicación del Centro de Difusión de la Celiaquía (Ce.Di.Ce.)
Distribución Gratuita - Agosto de 2018

Nuevos enfoques de la EC en pediatría

Visitá nuestro **sitio web** y seguinos en **facebook**

www.cedice.com.ar | Centro de Difusión de la Celiaquía (CeDiCe)

Ce.Di.Ce.
Centro de Difusión de la Celiaquía

Mundo Celíaco
Año 12 N° 22, Agosto 2018

Propietario:
Centro de Difusión de la Celiaquía

Director:
Marta Beatriz Poli

Producción periodística:
Marina Chopita
María Rosa Pastor
Marta Poli

Colaboran en este número:
Dra. Luciana Guzman
Bioq. Maria Cecilia Girard Bosch
Dra. Sandra N. Wac
Dra. Mabel Mora
Dpto. de Análisis Fisicoquímicos
y Determinaciones Especiales. Dcción.
de Laboratorio Central.
Dr. Christian Boggio Marzet
Lic. Rocío Viollaz

Ce.Di.Ce.
Centro de Difusión de la Celiaquía

Personería Jurídica Nº 32033
Domicilio Legal: Calle 119 Nº 1643
(1900) La Plata, Buenos Aires
E-Mail: ce_di_ce@yahoo.com.ar
www.cedice.com.ar
facebook: centro.difusion.celiaquia

Adherida a la Federación
de Instituciones Culturales
y Deportivas de La Plata.
Entidad de Bien Público
Municipalidad La Plata Nº 1285
Organización CENOC Nº 15507
Inscripción REPOC Nº 1/2146/08
N° Registro DNDA 5350333
Queda prohibida la reproducción
total o parcial de esta publicación sin
la autorización expresa de Ce.Di.Ce.

Editorial

Cumplimos 11 años de trabajar en la difusión de la celiaquía. En estos años hemos visto un gran avance en lo que se refiere al conocimiento que el público general tiene de la enfermedad, con cada vez más productos inscriptos como libres de gluten, más lugares que venden esos productos y el sector relacionado al turismo cada vez más comprometido con el tema ofreciendo variados menúes aptos.

Sin embargo, con gran preocupación, vemos como, aún en ciudades importantes de todo el país y en personas que tienen acceso a reconocidos profesionales y centros de salud, se llega al diagnóstico en forma tardía, a pesar de tener síntomas durante años.

Esto ocurre sobre todo en los adultos. Numerosos casos llegan al diagnóstico después de más de 10 años de tratamiento por anemia que no lograban revertir; mujeres a las que diagnostican después de los 50 años, sin haber tenido la posibilidad de ser madres biológicas, con varios abortos espontáneos; personas con constipación y complicaciones que incluyen varias cirugías; personas a las que se les niegan a hacer los anticuerpos porque tienen sobrepeso, entre otros casos. Todo esto sucede porque todavía, no todos los especialistas tienen presente a la EC al momento de diagnosticar, sobretodo teniendo una herramienta efectiva y no invasiva como es la serología.

Este es el desafío del momento: cómo atraer a los médicos de las distintas especialidades a que piensen en EC como una enfermedad multisitémica, que puede atravesar cada uno de los diferentes órganos del cuerpo en lugar de seguir pensándola como una enfermedad del campo de la gastroenterología.

Sumario

3 Editorial

5 Enfermedad Celíaca e Intolerancia a lactosa

9 Para compartir

10 Pesquisa en familiares de primer grado de niños

12 Entrevista: Serología en el diagnóstico y tratamiento de la EC

14 Nuevos enfoques de la EC en pediatría

18 Informe: El rol de la provincia de Buenos Aires en el control de los alimentos libres de gluten

20 Programa provincial de Celiaquía - CELIARED

22 Legislación: Constancia médica de enfermedad celíaca

23 Nutrición
Mas allá de las premezclas

24 Comer sin Gluten
Recetas saludables sin TACC

Enfermedad Celíaca e Intolerancia a lactosa

Relaciòn entre ambas y tratamiento

La enfermedad celíaca es una enfermedad crónica, inmunomediada, sistémica, precipitada por la ingestión de proteínas tóxicas del trigo, avena, cebada y centeno, comúnmente llamadas gluten, que afectan al intestino delgado en individuos genéticamente predispuestos.

Presenta distintas **formas clínicas** que según su severidad se clasifican en **clásicas, las más severas**, en las que el paciente presenta un **síndrome de mala absorción intestinal** que se expresa con diarrea crónica, pérdida de peso, distensión y dolor abdominal, debilidad y distintas manifestaciones carenciales como inflamación de mucosa bucal, caída de cabello, anemia etc.

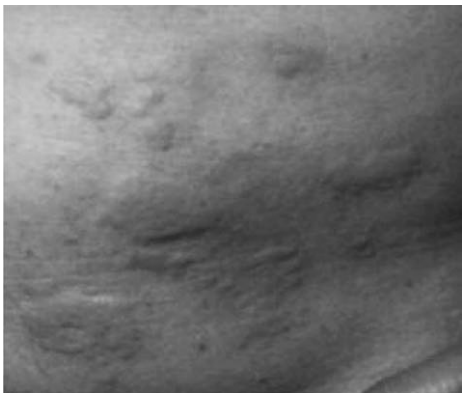
Otros pacientes se presentan con muy pocos síntomas, serían los **no clásicos** que solo tienen una o dos manifestaciones como la anemia, diarrea leve o recurrente, constipación, a veces solo sensación de reflujo, nauseas o dolor de estómago. En otros casos el problema se sitúa en otros órganos como la piel, huesos, hígado o sistema nervioso etc. Por último hay pacientes que no manifiestan síntomas, **asintomáticos**, generalmente pertenecen a grupos de riesgo que son principalmente familiares de celíacos o tienen enfermedades que se asocian a E. Celíaca (EC) como niños con Síndrome de Down, enfermedades reumatológicas, diabetes insulino dependiente de comienzo en la niñez o juventud también llamada tipo I.

Diferencias entre Alergia e Intolerancia

Alergia a leche de vaca es una reacción de origen inmunológica hacia la proteína de la leche sea caseína, lactoglobulina, lactoalbumina que produce cuadros de diversa severidad pero algunos graves y que ponen en peligro la vida. No se toleran ni mínimas cantidades ni trazas del alimento.

La lactosa no produce alergia sino intolerancia

Es una mala digestión del alimento, su cuadro es molesto puede alterar la calidad de vida, pero generalmente son mas leves y se toleran pequeñas cantidades, dado que los síntomas aparecen superada la capacidad intestinal de digestión del alimento.



Edema o hinchazón de párpados y urticaria con típicas ronchas son ejemplos de alergia en este caso a leche de vaca.

Que es la lactosa?

Es un carbohidrato es decir un azúcar compuesto de dos moléculas, que contiene la leche sea esta de animales como la vaca, cabra y otros mamíferos y la leche de madre humana.

La lactosa tiene efectos beneficiosos: es bifidogénica y por esto promueve el desarrollo de una flora intestinal saludable y mejora la absorción del calcio.

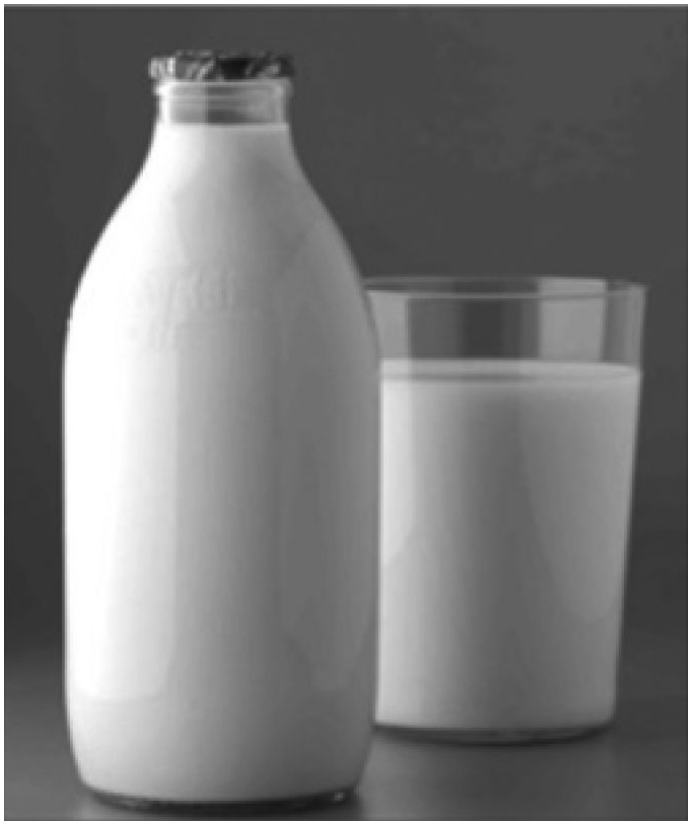
Para poder digerirla hace falta una enzima llamada lactasa que se encarga de partir sus moléculas para facilitar la absorción.

Esta está presente en la parte más superficial del epitelio intestinal, en las microvellosidades, que contactan con los alimentos y para esto el intestino debe estar sano, integro.

Todo aquello que lesione esta parte del mismo producirá disminución o pérdida de esta enzima.

Estas lesiones pueden producirse por una gastroenteritis aguda, parasitosis intestinal o también por cuadros como el síndrome de mala absorción intestinal ocasionado por la E Celíaca u otras enteropatías. La mayoría son transitorias y se recuperan en la medida que el tratamiento adecuado permita la restitución total de la mucosa como la dieta sin gluten en el caso de EC o el tratamiento de la parasitosis intestinal, etc.

Vemos entonces una gran diferencia con la EC. que requiere dieta libre de gluten de por vida, con esta entidad que es transitoria dado que el intestino recuperado volverá a digerir lactosa.



Que productos contienen lactosa

Básicamente la leche entera y también descremada porque en esta última solo se reduce su tenor graso.

Leches fluidas o en polvo como muchas fórmulas infantiles, que al reconstituirse contendrán la misma cantidad de lactosa.

El queso y los yogures no afectan por igual. **La razón es porque en estos casos la lactosa ha sido fermentada por bacterias ácido-lácticas o cultivos lácticos, y esas bacterias se comen gran parte de la lactosa que hay en la leche para fermentarla.** Cuanto más duro es un queso menor cantidad de lactosa posee. Por lo tanto, los quesos frescos, ricota, requesón, mascarpone, tienen mayor cantidad de lactosa que los curados de manera artesanal, como el parmesano, roquefort o gruyère, que prácticamente no tienen lactosa. Los semicurados como el brie, o camembert tienen menor cantidad de lactosa que los frescos. Los síntomas dependerán del grado de intolerancia del paciente.

Cuáles son los síntomas de intolerancia a la lactosa?

Los pacientes sufren un cuadro muy molesto, de diarrea, con deposiciones ácidas, distensión y dolor abdominal, gases en exceso variando sus síntomas o intensidad en cada paciente.

Por lo que habrá pacientes que toleren una cantidad mínima y otros mayor. Como vemos esta intolerancia permite ingerir pequeñas cantidades sin problemas a diferencia de la EC o la alergia alimentaria.

Relación entre EC e intolerancia a la lactosa

Existe a veces una relación entre intolerancia a lactosa y EC. En estos casos el paciente requiere además de la dieta libre de gluten también exclusión de la lactosa de su dieta. Veremos a continuación los casos más comunes en que se presenta esta intolerancia en un paciente con EC

En que casos se produce intolerancia a lactosa y EC

1-En la EC especialmente en los casos clásicos, tanto en niños como en adultos, además de la atrofia vellositaria propia de la enfermedad se agrega daño de las microvellosidades, donde se halla la enzima lactasa, como consecuencia queda sin digerir la lactosa en la luz intestinal donde es fermentada por bacterias intestinales ocasionando los síntomas.

Por eso generalmente al inicio del tratamiento se indica dieta sin gluten y además baja en lactosa o sin lactosa dependiendo de la severidad del cuadro. Sin embargo a pesar del alto contenido en lactosa de la leche humana si el niño era amamantado se aconseja continuar con alimentación materna dados los vastos beneficios adicionales de la misma.

En la gran mayoría de estos casos la restricción de ingesta de lactosa es transitoria y se recupera en 2 a 3 meses a medida que se va restituyendo el intestino dañado.

2- En otros casos la EC se presenta coincidiendo con un cuadro de colon irritable situación mucho más común entre los adultos. En estos casos ya superado el tiempo de recuperación de las vellosidades intestinales fruto de la dieta sin gluten persiste la intolerancia a lactosa situación común en el colon irritable por lo que debe reducirse su ingesta con evolución variable.

3- También es posible ver en niños de 3 a 4 años en adelante y adultos una intolerancia a la lactosa llamada **ontogenética,** ligada a la pérdida de la enzima lactasa a través de los años de vida. En este caso el tratamiento consiste en reducir la ingesta de la misma a la cantidad que es tolerada por el paciente en forma permanente.

4- La **malabsorción primaria de lactosa** es extremadamente infrecuente correspondería a los casos en que el niño nace con este problema y es advertido rápidamente ante sus primeras alimentaciones dado que la lactosa está presente en leche de madre o fórmulas.

Conclusión

1-La EC es un cuadro inmunomediado ocasionado por la ingesta de gluten y que requiere su exclusión total de la dieta de por vida.

2-La alergia a la leche de vaca es también de origen inmunológico sin relación a la enfermedad celíaca y que requiere exclusión total por tiempos variables especialmente en los niños hasta alcanzar su tolerancia.

3- La intolerancia a la lactosa es una entidad diferente relacionada a la disminución de la enzima lactasa que permite su digestión y que requiere una disminución de su ingesta según tolerancia del paciente. En la gran mayoría de los casos que se relacionan a EC es transitoria una vez que el intestino se recupera y alcanza su capacidad digesto absortiva.

Tratamiento

-Ingerir la cantidad de **lácteos tolerada**

-Reemplazar leche por otros lácteos que contengan **menos lactosa** como quesos o yogurt en la medida que se tolere

-Leches con **bajo contenid**o o sin lactosa

-**Comprimidos y pastillas** de la enzima lactasa, que es la que nos hace falta para poder ingerir productos con lactosa. Con esta enzima podremos digerir la lactosa adecuadamente en el intestino y no tendremos molestias al tomar lácteos. Para ello hay que tomar la pastilla justo antes de comer, para que la enzima y la lactosa se encuentren en el intestino para su mejor absorción.

Dra. Mabel Mora
Gastroenteróloga
Pediatra

Para Compartir

Desde el **Programa Nacional de Detección y Control de la E.C.** se convocó y coordinó a los más prestigiosos especialistas y representantes de diferentes Sociedades Científicas del ámbito nacional (Sociedad Argentina de Pediatría, Sociedad Argentina de Gastroenterología, Sociedad Argentina de Patología) con el propósito de elaborar un documento que, avalado por el Ministerio de Salud de la Nación, pudiera servir de referencia para unificar criterios en las pautas de diagnóstico y terapéutica actuales.

El ***Documento de Consenso de la Enfermedad Celiaca,*** *e*laborado en el año 2017, está destinado a todo el equipo de salud que trabaja en el tema, en los distintos niveles de complejidad.

En el mismo se incluyen pautas sobre productos farmacéuticos y medicamentos.

Cualquier cosa que pueda ser ingerida puede ser una potencial fuente de gluten (TACC). Esto incluye medicamentos, suplementos dietéticos, pasta de dientes, enjuague bucal, lápiz labial, y sellos postales.

Actualmente los productos que no entran en la boca, como champú, lociones y otros artículos de tocador no deben constituir una preocupación.

¿Donde consultar el listado de medicamentos sin TACC?

Puede verificar si un medicamento es apto ingresando en el vademécum de ANMAT

En el siguiente link *https://servicios.pami.org.ar/vademecum/views/consultaPublica/listado.zul*

se despliega una consulta on line. Allí puede ingresar la marca del medicamento (nombre comercial) o principio activo (nombre genérico). No es necesario completar todos los otros datos.

En el resultado de la búsqueda, debe ingresar para cada producto en el icono de la lupita (detalle); se le desplegará toda la información de ese producto y allí debe verificar si tiene el logo. Si el logo no figura debería consultar con el laboratorio.

¿Donde consultar sobre contenido de gluten (TACC) en productos cosméticos?

cosmetovigilancia@anmat.gov.ar

Pesquisa en familiares de primer grado de niños

De los familiares sin síntomas que se controlan para ver si tienen EC, el 10% resultan positivos

La Enfermedad Celíaca tiene varias aristas a través de las cuales se llega al diagnóstico.

• Cuando pensamos en Enfermedad Celíaca pensamos en niños que están consumiendo **gluten**, por eso nunca se va a buscar en lactantes que se alimentan con leche materna o fórmula.

• Tiene que haber una base **genética**.

• El **sistema inmunológico** es quien va a decir "ahora". Por eso hay gente que se diagnostica ni bien empieza a comer gluten (primera infancia), hay chicos que hacen la EC en la segunda infancia, adolescencia y hay adultos que debutan celíacos en la adultez.

Uno no nace celíaco, se vuelve celíaco

De este trípode: gluten, genética y sistema inmunológico, la genética es lo que hace que se tenga que tener en cuenta a quienes comparten esa **genética,** que son los padres y hermanos. Ante esta situación, en un paciente índice a quien se diagnostica con EC, se va a ir en búsqueda de quienes compartan la genética. A esos familiares se les va a pedir la serología para determinar si tienen EC.

En un centro de alta complejidad como es el Hospital de Niños Sor María Ludovica, se van a pedir anticuerpos antitrasglutaminasa tisular Ig A (a-tGT IgA), Ig A total, antigliadina desaminada IgG (a-DGP IgG) y antiendomisio (EMA). En otros establecimientos, sólo con pedir una a- tGT IgA con un dosaje de IgA total ya se puede llegar a un diagnóstico.

En el caso de pacientes pediátricos, al estar involucrada la vida de un nene siempre hay un compromiso mayor de la familia. Cumplen con los primeros controles, que se hacen para generar empatía, para eliminar

dudas que tengan, para ver si viene progresando en el peso (que es lo primero que se ve en un celíaco que empieza la dieta). En esas consultas se insiste para que se hagan los controles a los familiares, que en su mayoría se realizan, algunos con resultados positivos y otros negativos. Si son positivos se biopsian para llegar a un diagnóstico, si son negativos cada 3 años se van a re solicitar. Este seguimiento cada 3 años en familiares es siempre y cuando no tengan síntomas; si éstos aparecen se hace inmediatamente la búsqueda de anticuerpos. Por suerte, en nuestro hospital tenemos un buen seguimiento, si bien hay un 30% de los pacientes que se pierden y no vuelven a control, un 70% sí lo hace. Esto es importante, ya que muchas veces en los primeros controles dan negativos pero quizás 9 años después del primer celíaco diagnosticado aparece algún hermano positivo.

También se envía a los papás al centro de referencia de adultos a hacerse los controles, y esa es la pata más floja, ya que los padres muchas veces no concurren.

De los familiares de primer grado sin síntomas que se controlan para ver si tienen EC el 10% son positivos.

Otro tema a tener en cuenta es que la sensibilidad al gluten no celíaca es mucho más frecuente en los familiares de primer grado de celíacos que en la población general

Estudio genético- HLA

El estudio genético se hace siempre con un **valor predictivo negativo**, porque es algo más que acompaña pero no es determinante. Se utiliza **para descartar que alguien pueda ser celíaco al no tener el HLA DQ2 o DQ8** y no pesquisarlo cada 3 años.

El estudio de HLA es muy caro, por lo tanto sólo se utiliza en:

• **Pacientes con anticuerpos muy altos y biopsia normal.**

• **Pacientes que vienen con la dieta y no tienen biopsia.** A veces se utiliza en niños que provienen del interior con anticuerpos muy altos, y ante la imposibilidad de los padres de venir para completar el diagnóstico con biopsia, empiezan con la dieta libre de gluten, y llegan a consulta con varios meses de dieta. En esos casos teniendo un HLA ayuda a unir piezas de un rompecabezas. En general a estos chicos se los enfrenta al gluten y luego se biopsian; en los casos que esto es imposible el HLA ayuda. Otras veces cuando vienen con valores muy bajos y los pusieron a dieta igual, además de enfrentarlos se pide el HLA para ver si se los puede descartar.

• **Pacientes con enfermedades autoinmunes asociadas** y síntomas de celiaquía con anticuerpos negativos

• **Pacientes con atrofia vellocitaria y anticuerpos negativos.** Una situación que puede ocurrir es encontrarnos accidentalmente en una endoscopía con una atrofia y los anticuerpos dieron negativos. Se pide HLA para ver si es un paciente que no tiene capacidad de hacer anticuerpos (con déficit de Ig A o inmunodeprimidos o desnutridos severos).

Dra. Luciana Guzman
Gastroenteróloga Infantil
Servicio de Gastroenterología
del HIAEP Sor Maria Ludovic

Durante la semana del 7 al 11 de mayo de 2018 se convocó a familiares de primer grado de celíacos a realizarse anticuerpos de EC. Concurrieron 152 personas, de las cuales resultaron positivos el 10%. Dado la buena respuesta a la convocatoria se decidió continuar con el exámen serológico hasta el mes de noviembre de 2018.

Bioq. Maria Cecilia Girard Bosch
Jefa Unidad. Sala Inmunoserologia
Laboratorio Central
HIAEP Sor Maria Ludovica

Serología en el diagnóstico y tratamiento de la EC

¿Cuál es la actividad del laboratorio?

Realiza los análisis de inmunoserología del hospital. Entre otros, búsqueda de anticuerpos por enfermedades infecciosas, pero de los que vienen por consultorio externo el 60% lo hacen con solicitud de EC. Al ser un hospital de referencia, los pacientes son derivados de otros hospitales de provincia o de salas municipales y del mismo hospital provienen de los distintos servicios: gastroenterología, inmunología, reumatología, endocrinología, ginecología, genética, etc.

¿Qué anticuerpos se utilizan para el diagnóstico?

Hoy por hoy hay dos estrategias científicamente aceptadas.

Una es usar la antitrasglutaminasa tisular (a-tTG) IgA acompañada de un dosaje de IgA sérica total, porque hay muchos pacientes que son celíacos y deficientes de IgA. Si la IgA le da normal es suficiente con el anticuerpo a-tTG Iga para hacer el diagnóstico. Cuando da baja hay que usar un anticuerpo que dose IgG, entonces el que se recomienda es el anti péptido desamidado de gliadina (a-DGP)de isotipo IgG.

La otra estrategia es desentendernos de dosar la IgA total y hacer a-tTG IgA y a-DGP IgG

¿Con esto es suficiente? ¿No se utiliza el antiendomisio?

Si, con esto es suficiente. El antiendomisio (EMA) se utiliza en un grupo particular de pacientes, que presentan valores dudosos de los anteriores anticuerpos, entre el negativo y positivo, para confirmar la necesidad o no de biopsiar al paciente.

No se utiliza en todos los casos para un mejor aprovechamiento de recursos ya que su costo es aproximadamente 20 veces que el de un Elisa.

¿Para el seguimiento se utilizan los mismos anticuerpos?

Si el paciente no es deficiente de IgA se hace con el a-tTGIgA; al principio cada 3 meses, luego cada 6 y después una vez por año. Si es deficiente de IgA se utiliza el a-DGP IgG.

Son los dos excelentes marcadores con una especificidad y sensibilidad tan alta que prácticamente no existe diferencia entre ellos.

Si no realizaron el dosaje de IgA al momento del diagnóstico, deben realizar los controles con el anticuerpo cuyo valor haya dado elevado, en caso que los dos hayan dado elevados se sigue con a- tTG.

En pediatría, y en este hospital por ser centro de referencia, normalmente se dosan las tres cosas, ya

que se considera importante saber si un niño tiene déficit de IgA.

¿Qué sucede si los anticuerpos dan negativos? ¿Se puede realizar la biopsia igual?

Depende de la clínica, si hay muchos síntomas puede realizarse igual, ya que hay un porcentaje muy pequeño de pacientes que son seronegativos, es decir que no elevan anticuerpos.

Otro grupo que podría no hacer anticuerpos son los niños muy pequeños, ya que la inmunoglobulina A es la última en alcanzar el valor del adulto. Hasta los 4 años se dice que puede existir una inmunodeficiencia fisiológica respecto de la síntesis de ésta inmunoglobulina. Antes de los 2 años es más difícil de diagnosticar ya que la tTG A puede dar negativo por su síntesis y porque el niño puede no haber estado suficientemente expuesto al gluten.

¿Existen nuevas técnicas para realizar el diagnóstico o tratamiento?

Hoy se está viendo cómo avanzar en cuanto al tratamiento de EC, ya que si bien el a-tTG y el a-DGP bajan cuando se realiza el tratamiento, no son los mejores detectores de trasgresiones a la dieta y cuando un niño llega a la adolescencia son más frecuentes las trasgresiones. Para ello hay una serie de estudios que se están desarrollando en el mundo y que deberíamos estar atentos para ver si el mercado logra llevarlos a cabo.

¿Ustedes utilizaron los test rápidos de detección de EC?

Nosotros no, se utilizaron para hacer una prueba piloto en gastroenterología. Esto puede ser útil en aquellos lugares que por la poca cantidad de determinaciones que hacen, no tiene sentido que se carguen

con kits caros, que incluyen 90 determinaciones de Elisa que tienen vencimiento. Puede servir en salitas municipales o en hospitales del interior que tienen pocos pacientes en el año, como un primer paso hacia el diagnóstico.

Todos los test rápidos están diseñados para tener un buen valor predictivo negativo seguro, y el positivo se debe confirmar.

¿Realizan los estudios genéticos de EC?

No en nuestro laboratorio, se realizan según protocolo solicitados por el Servicio de Gastroenterología y los realiza elsector de Genética del Laboratorio Central. Se realiza solo en pacientes de muy difícil diagnóstico, o que vienen con dieta libre de gluten al momento de realizar el diagnóstico. Siempre para descartar posibles celíacos, no para diagnóstico.

El Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría Sor María Ludovica es un centro de referencia en toda la provincia, que realiza los anticuerpos para diagnóstico y seguimiento de la Enfermedad Celíaca. Durante el año 2017 se analizaron 2022 muestras que corresponden a pacientes con sospecha o con control de dieta.

Nuevos enfoques de la EC en pediatría

La Enfermedad Celíaca es una enteropatía autoinmune desencadenada por la ingesta de proteínas del trigo, cebada y centeno en personas genéticamente predispuestas. Su presentación polifacética obliga al médico a tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial para sus pacientes. Su afectación multiorgánica produce una inflamación crónica del intestino delgado. Como sabemos el tratamiento es la dieta sin gluten permanente y llevada rigurosamente de por vida.

En los últimos años la EC ha sido motivo de estudio y revisión intentando poder descifrar el complejo mecanismo por el cual algunas personas desarrollan la enfermedad y otras no siendo todos ellos genéticamente susceptibles.

La forma en que puede ser diagnosticada también ha sido motivo de revisión exhaustiva por parte de un grupo de profesionales europeos, intentando llevar un diagnóstico seguro, sencillo y sin margen de error para una enfermedad de por vida.

La Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición (ESPGHAN) ha publicado varios documentos en los cuales abordan diferentes aspectos de la EC.

Existen tres ejes sobre los cuales se han producido novedades en lo que respecta a la Enfermedad Celíaca en pediatría.

1. Tipo de alimentación.

a. La lactancia materna

Los primeros estudios que establecían que la introducción del gluten en el lactante, entre los 4 y 7 meses concomitantemente con la lactancia materna disminuía el riesgo de desarrollar EC, fueron refutados con dos estudios mucho más robustos (PREVENTCD y CELIPREV) desde el punto de vista metodológico, donde se demostró que **el amamantamiento en el momento de la introducción del gluten no disminuye el riesgo de aparición de EC.**

Tampoco se pudo demostrar que el **tiempo de amamantamiento** tuviera incidencia en el riesgo de desarrollo de EC así como la reducción del riesgo de desarrollo de EC en amamantados frente a los que no recibieron pecho.

b. El momento de la introducción del gluten

Otro de los datos interesantes es el momento de la introducción del gluten. Se hicieron estudios

(Estudio TEDDY) donde se introdujo el gluten antes de los 4 meses, entre los 4 y 6 meses, y después de los 6 meses. No se demostró incremento en el riesgo de desarrollo de EC en las diferentes ventanas de introducción del gluten. Se estudió el retraso en la introducción del gluten y se vio que no alteró el riesgo en el desarrollo de EC. (Estudio CELIPREV)

Por lo tanto la conclusión de la ESPGHAN es que **el gluten puede introducirse entre los 4 y 12 meses sin demostrar influencia en el riesgo de desarrollo de EC.**

c. La cantidad de gluten

Pocos estudios abordaron este tema. Sólo un estudio (PREVENTCD) demostró que la introducción de 100 mg gluten/día entre los 4 y 6 meses no aumentó el riesgo de presentación de EC a los 3 años comparados con placebo.

Por lo tanto la recomendación de la ESPGHAN es que **debe evitarse el consumo de grandes cantidades de gluten en los primeros meses después de la introducción del mismo a la dieta del lactante.**

2. La microbiota y que factores hacen que se altere.

Se sabe que hay una información específica (como una huella dactilar) acerca de la composición de la microbiota que tienen los celíacos. La microbiota es la comunidad de gérmenes que habitan en nuestro intestino. Su diversidad y riqueza aseguran un intestino saludable.

Los pacientes celíacos tienen una microbiota disbiótica, es decir que hay una alteración en el equilibrio de la misma, un cambio en el ecosistema intestinal, en estas bacterias, que incluso con la DLG no es la misma que en pacientes no celíacos. Los celíacos en tratamiento en comparación con controles sanos tienen disminución de bacterias protectoras (lactobacilos y bifidobacterias) y aumento de bacteroidetes como estafilococos, salmonella y otros. También se ha demostrado que existe una interacción entre la microbiota intestinal y los factores genéticos y ambientales.La genética influencia la composición de la microbiota, y los factores ambientales. A ellos nos referimos por ejemplo en el modo de parto (parto normal vs cesárea).

Se ha demostrado que el parto por cesárea aumenta el riesgo de desarrollo de EC. Otros factores como los procesos infecciosos en el primer año de vida y la exposición a los antibióticos serían elementos a tener en cuenta como factores de riesgo para el desarrollo de la EC.

3. Diagnóstico en determinados pacientes que pueden no necesitar una biopsia

Si se traza una línea del tiempo en cuanto a los criterios diagnósticos de EC, vemos que estos han cambiado a lo largo de las décadas.

Los primeros criterios fueron los publicados en 1969 por la ESPGHAN. Se comenzó con 3 biopsias: una primer biopsia que se hacía al momento del diagnóstico; una segunda biopsia que se hacía entre el año y dos años de la DLG para ver la recomposición de las vellosidades intestinales y una tercer biopsia que se hacía cuando se volvía a enfrentar al paciente con gluten para ver si se volvían a atrofiar las vellosidades. Con esto era con lo que se completaba el diagnóstico.

En la década del ´80 con el advenimiento de los anticuerpos antigliadina y el comienzo de la utilización de los anticuerpos antiendomisio se empezó a replantear la necesidad de estas 3 biopsias.

En la década del ´90 se revisaron esos criterios y se planteó la necesidad de realizar solamente dos biopsias, una al diagnóstico y otra cuando el paciente ya se encontraba con la DLG para ver la recomposición de las vellosidades.

En el año 2000 se realizó el 1er Congreso Mundial de Gastroenterología Pediátrica. Con el advenimiento de los anticuerpos antritrasglutaminasa, sumado a un conocimiento más acabado de la fisiopatología se estableció la necesidad de realizar solamente una biopsia y realizar el seguimiento con los anticuerpos, reservando sólo la segunda biopsia para casos específicos.

En el año 2010 la ESPGHAN vuelve a ser protagonista marcando un hito muy importante, ya que plantea en un grupo seleccionado de pacientes pediátricos la posibilidad de no realizar biopsia intestinal. Este nuevo paradigma fue tomado con mucha cautela entre la comunidad médica dado la necesidad de universalizar el diagnóstico con todas las dificultades que pueden existir en el proceso diagnóstico en diferentes partes del planeta.

¿Podemos evitar la biopsia?

La biopsia sigue siendo **el elemento principal del diagnóstico, junto con la endoscopía que permite ver las características de la mucosa y tomar múltiples biopsias.** Debe evaluarse el contorno, el ancho y largo de las vellosidades y la profundidad de las criptas así como la presencia de células que marcan el inicio del proceso inflamatorio (los linfocitos intraepiteliales) para llegar al diagnóstico.

Finalmente, luego de varios estudios el Consenso de ESPGHAN publicó en el año 2012 las normas revisadas y planteó en qué pacientes se puede realizar el diagnóstico de EC sin biopsia de duodeno.

Se ofrece entonces la posibilidad de no realizar biopsia en pacientes:

- **Con síntomas clásicos de enfermedad celíaca: diarrea, distensión abdominal y desnutrición**
- **Con títulos de anticuerpos antitrasglutaminasa en más de 10 veces el valor de corte (por ej. Si el valor de corte es 10 U tendría que ser mayor a 100U)**
- **Con estudio genético positivo DQ2 y DQ8**

Si bien esta posibilidad puede ser ofrecida a padres que se niegan a la posibilidad de que sus hijos sean sometidos a una biopsia o en aquellos casos donde existe un riesgo en su realización, todavía en nuestro país no podemos establecer este criterio como una alternativa.

Este criterio de no biopsia no puede universalizarse en Argentina, ni en muchos otros países, ya que se necesitan laboratorios entrenados con amplia experiencia en el manejo de la EC.

Por lo tanto de acuerdo a las **Guías Nacionales de Enfermedad Celíaca del Ministerio de Salud** el diagnóstico debe seguir apoyándose en la sospecha clínica, la realización de anticuerpos específicos y la biopsia de intestino delgado, reservando esta nueva opción de diagnóstico para grupos seleccionados dependiendo de la región donde se realice el diagnóstico.

Mensajes para recordar:

• La EC es una intolerancia permanente al gluten mediada por linfocitos T con mucosa intestinal anormal.
• El cuadro clínico puede ser polifacético y proteiforme.
• Se asocia con otras enfermedades de origen inmunológico.
• El amamantamiento y el momento de la introducción del gluten no reduce el riesgo de EC.
• Los pacientes celíacos tienen una microbiota intestinal alterada al momento del diagnóstico.
• Ciertos factores ambientales como el parto por cesárea, las infecciones y el uso de antibióticos pueden aumentar el riesgo de desarrollo de EC.
• El diagnóstico se apoya en la presunción clínica, la serología y la biopsia de intestino delgado.
• Las guías de ESPGHAN demostraron que se puede realizar el diagnóstico sin biopsia intestinal en casos seleccionados (cumpliendo criterios de síntomas y laboratorio)
• La universalización del diagnóstico sin biopsia todavía no puede realizarse.
• Pueden presentarse complicaciones relacionadas con la malabsorción (osteoporosis y retraso del crecimiento) además de aumento del riesgo de enfermedades autoinmunes y cáncer.
• El tratamiento es la dieta libre de gluten de por vida.

Dr. Christian Boggio Marzet
Pediatra Gastroenterólogo
Profesor Adjunto de Pediatría y Gastroenterología
Director Maestría en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica - Universidad del Salvador
Gastroenterología & Nutrición Pediátrica. - Hospital Gral. de Agudos "Dr. I. Pirovano". - Buenos Aires

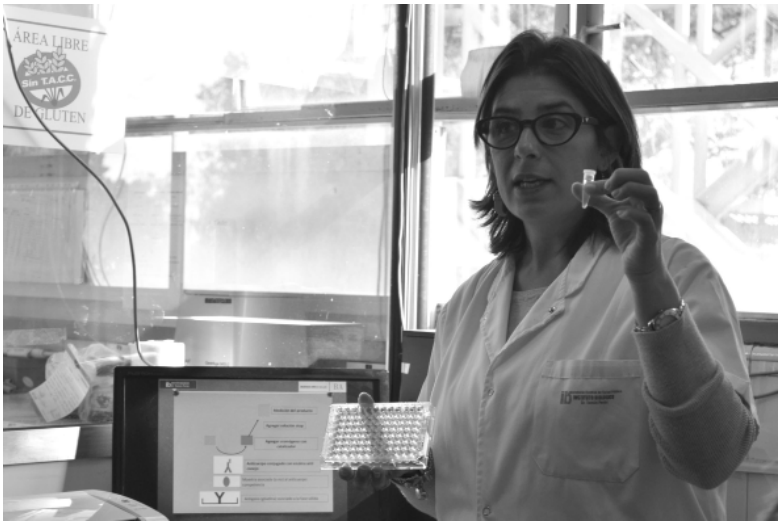
Consultorio: Aguilar 2073. CABA. Turnos: 4783-5454 - www.consultoriodrbm.com.ar

El rol de la provincia de Buenos Aires en el control de los alimentos libres de gluten

El Instituto Biológico "Dr. Tomás Perón" (IB), dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, realiza, desde hace 30 años, el análisis de los alimentos libres de gluten (ALG).

Hasta el año 1995 se utilizó la técnica de inmudifusión radial, desarrollada por los mismos profesionales del Laboratorio, que analizaba presencia de gliadinas sólo en forma cualitativa. En el año 2000, el Ministerio de Salud bonaerense adoptó por Resolución, y como método oficial de análisis, el enzimoinmunoensayo ELISA competitivo con anticuerpos policlonales. Este método fue desarrollado por los Doctores Chirdo, Añón y Fossati, en el Centro de Investigación y Desarrollo en Criotecnología de Alimentos (CIDCA), de la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) y transferido al área de salud. Se trata de un método seguro y de bajo costo.

En aquellos tiempos la demanda de este tipo de análisis no estaba tan difundida, como tampoco el auge que tienen hoy los ALG. Los registros de ese entonces establecen que se recibieron casi 800 muestras para realizar la determinación.



En el año 2011, la Comisión Nacional de Alimentos (CONAL) incorporó al Código Alimentario Argentino (CAA) la metodología analítica enzimoinmunoensayo ELISA R5 Méndez, y a partir del 2013 se implementa en el IB, pasando en forma gradual de una técnica a la otra.

Ese mismo año se desarrolló el "XII Encuentro de trabajo conjunto en Estrategias de Control de la Inocuidad Alimentaria con la Autoridades Sanita-

rias Jurisdiccionales", momento en el que nació el "Programa de Vigilancia Basada en Laboratorio de Alimentos Libres de Gluten". Dicho Programa aún se encuentra vigente y consiste en el muestreo aleatorio de productos incluidos en el listado integrado de ALG para obtener información básica sobre la presencia de gliadina en estos alimentos ya inscriptos, como así también evaluar el estado de los rótulos. Los resultados obtenidos son enviados al Instituto Nacional de Alimentos (INAL) donde se recopilan los análisis de las provincias participantes. En caso de obtener resultados de alimentos contaminados se da aviso a las autoridades para iniciar las acciones pertinentes. Si se trata de un alimento inscripto en Provincia de Buenos Aires, se informa al Instituto Biológico; sino, se hace la denuncia al INAL.

Con el objetivo de promover el control y la vigilancia en el ámbito provincial, a fines del 2017 se lanzó el "Plan de Control y Relevamiento de los Alimentos", el cual surge como iniciativa del IB para llevar un control de los productos que, por su composición o manufactura, conllevan algún tipo de riesgo para los consumidores, donde adquieren relevancia los ALG. Es así como desde los Municipios de la Provincia envían muestras que se elaboran en su jurisdicción, para su análisis integral.

Actualmente el Laboratorio de Análisis Físicoquímicos y Determinaciones Especiales del IB, cuenta con un sector exclusivo para realizar tanto los análisis de los alimentos incluidos en el Programa y Plan ya mencionados, como aquellos solicitados por los elaboradores en forma particular para obtener el resultado Oficial, siendo miembro de la Red Nacional de Laboratorios Oficiales de Análisis de Alimentos (RENALOA). También se reciben las muestras de los alimentos sospechados de contaminación y denuncias.

Entre las categorías de los productos analizados, se destacan los derivados de cereales (harinas y premezclas), dulces, mermeladas y confituras, lácteos, productos de panadería, galletitas, etc.

Cabe destacar que durante el 2017 se realizaron en el Laboratorio 1460 determinaciones y se planificó para el 2018 intensificar la vigilancia, con el objetivo de brindar alimentos seguros a la población celíaca.

Bioq. Mónica Garré
Farm. María Marta Aristizábal
Lic. Laura Szathmary
Dpto. de Análisis Fisicoquímicos y Determinaciones Especiales.
Dcción. de Laboratorio Central.
Instituto Biológico "Dr. Tomás Perón"
Mrio. de Salud de la Pcia. de Bs. As.

ib
INSTITUTO BIOLÓGICO
Dr. Tomás Perón

Dra. Sandra N. Wac
Coordinadora del Programa de Celiaquía – CELIARED
Dirección de ENT / Dirección Provincial
de Programas Sanitarios - MS.PBA.

Programa provincial de Celiaquía - CELIARED

Red Provincial de la Celiaquía
Celiared

Con la intención de promover la investigación sobre la Enfermedad Celíaca, mejorar los métodos de detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento oportuno, como así también, desarrollar ámbitos de difusión y capacitación, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, aprueba el 19 de Agosto de 2011 el Programa CELIARED, Red Provincial de Celiaquía, mediante la Resolución N º 2574.

Con el correr de los años, se fue construyendo una Red de efectores Provinciales y Municipales, para realizar las determinaciones serológicas y confirmaciones diagnósticas, a través de un trabajo sostenido.

Al comienzo del presente año, con la Dirección de Enfermedades no Transmisibles, dependiente de la Dirección Provincial de Programas Sanitarios, nos planteamos grandes desafíos, entre ellos: una visita a España durante el mes de febrero, que nos permitió compartir experiencias con referentes de Madrid: Dres. Isabel Polanco, Manuel Molina y Ascención Marcos y sus equipos, como así también con miembros de la Federación de Asociaciones de Celiacos de España (FACE) y la Asociación de Celíacos y Sensibles al Gluten de Madrid.

Más tarde, convocamos como asesores del Programa, a los especialistas del Hospital de Niño Sor María Ludovica (Dres. Cueto Rúa, Eduardo y Guzmán Luciana) y del HIGA San Martín (Dres. Crivelli Adriana, Viola Martín).

También convocamos a los miembros de las distintas ONGS: Asociación Celíaca Argentina (ACA), Centro de Difusión de la Celiaquía (CeDiCe), Asistencia al Celíaco de Argentina (ACELA), Celíacos de Berisso (EPICE), y responsables de las revistas Celi&Co y Aglutenados.

Una vez organizado el Equipo, junto a la Secretaria del Programa, la Señora Carolina Marschoff, planificamos las acciones del año en curso.

En una primera instancia, se organizó una mesa Interdisciplinaria e Intersectorial, para tratar de consensuar los lineamientos del **Proyecto de Ley Celíaca Provincial.**

Estuvieron presentes: Dombrowski Fabio, Wac Sandra, Lewitan Dalia, Marschoff Carolina, Valimbri Victoria, Silva María Paz y Ontivero Valeria (MSPBA) Cueto Rúa Eduardo, Guzman Luciana, (del Hospital de Niños) Ramundo María del Carmen (Asesora de la Presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, Lorden Alejandra), Mauriño Eduardo y Andrea Gonzalez(Hospital Udaondo), Graciela Soifer (Sociedad Argentina de Nutrición), Marina Tavella (IDIP) Solana Verónica y Lucia Lipovetzky (Ministerio

de Desarrollo Social), Ingrid Karpenko (Carrera de Lic. Nutrición – UNLP), Nadia Gosparini (Colegio de Nutricionistas de LP)

Posteriormente, con el apoyo de las autoridades del Ministerio de Salud, el Colegio de Médico del Distrito I de La Plata y de los hermanos Barros Schelotto (de Boca Juniors) ; y el trabajo en Equipo, en el **"Marco del Día Mundial de la Celiaquía"** llevamos adelante diversas actividades: **"Primera y Segunda Jornada de Difusión de la Celiaquía"** y la **"Campaña de detección precoz".**

En la Primera (destinada a profesionales) participaron y expusieron: **Enfermedad Celiaca en la infancia, formas de presentación clínica.** *(*Dra. Luciana Guzman), **Enfermedad Celíaca en el adulto: formas más frecuentes de presentación, complicaciones.** (Dra. Graciela La Motta Casco*),* **Enfermedades asociadas, cuando pensar que estamos frente a una Enfermedad Celíaca.** (Dra. Lorena Menendez), **Que debemos solicitar frente a la sospecha diagnostica de Enfermedad celíaca. Cuales son los marcadores serológicos más eficientes.** (Bioq. Cecilia Girad Bosh), **Bases moleculares de la Enfermedad Celiaquía, más allá de los síntomas que pasa en la mucosa intestinal.** (Dr. Fernando Chirdo) e **Historia de la Celiaquía, el camino recorrido.** (Dr. Eduardo Cueto Rua)

En la Segunda (destinada a Profesionales, Empresas y Comunidad en general) participaron y expusieron: **"Alimentación de las Personas Celíacas- Etapas".** *(*Lic.vAndrea Baistrocchi), **"Soporte Nutricional".** *(*Dra. Graciela La Motta Casco) **"Marco Regulatorio en Argentina y Mercosur.** (Dra. Paula Salas), **Alimentos libres en gluten: Técnicas analíticas y el rol del laboratorio de la Provincia de Buenos Aires.** (Lic. Laura Szathmary - Tec. Débora López Veneciano), **Alimentos Libres en Gluten: Legislación y Manipulación.** (Lic. Luján Costa), **Requerimientos técnicos legales para la inscripción de productos (RNPA)** (Mco. Vet. Fabián Benitez) y **Cómo organizar una mesa para personas celíacas y no celíacas?** (Sra. Silvina Rumi)

Del 7 al 11 de Mayo se llevo a cabo, la Campaña de detección precoz, **"En busca del Celíaco oculto"** destinada a los Familiares de Primer grado (Padre, Hijos y hermanos de una persona con diagnóstico de Celiaquía).

Dado su exitoso resultado, se prolongó hasta el mes de Noviembre. Para mayor información, comunicarse al **(0221)-4292737**

Por otra parte, se organizó una Jornada en forma conjunta, con el Grupo de Trabajo **"Nutrición y Salud Pública"** de la Sociedad Argentina de Nutrición (SAN), con excelentes expositores, de reconocimiento Nacional e Internacional.

Entre ellos, participaron: **Epidemiología - Fisiopatología – Microbiota – Virus** (Dr. Eduardo Mauriño); **Celiaquía en la Infancia** (Dr. Cueto Rúa Eduardo); **Nuevos criterios diagnósticos. Utilidad de los marcadores genéticos** (Dr. Néstor Litwin), **Manifestaciones digestivas y extradigestivas** (Dra. María Laura Moreno); **Sensibilidad al gluten no celiaca** (Dra. Florencia Acosta); **Abordaje terapéutico en las distintas etapas de la vida** (Dra. Graciela Soifer); **Adherencia al tratamiento. Disponibilidad y costos** (Lic. Paz Temprano)

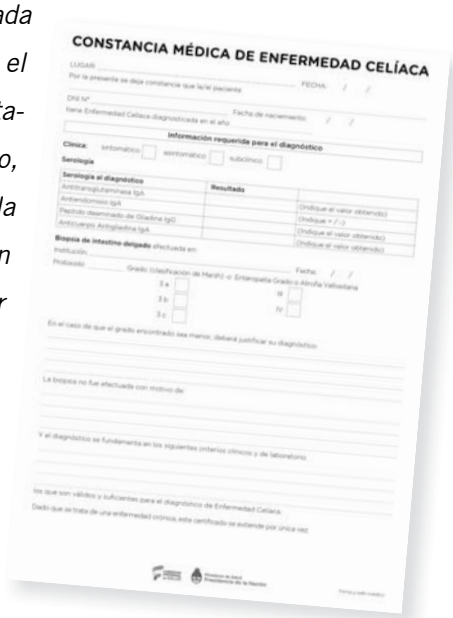
También participamos junto a CEDICE, en las **"Jornadas de sensibilización sobre hábitos de alimentación saludable y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles"**, organizada por ARBA.

Actualmente, estamos articulando con el Programa Nacional (que nos provee los Kits) y relevando todas las Regiones Sanitarias, con la finalidad de poder contar con **un Equipo de referencia en cada de ellas,** que esté formado por: Servicio de Gastroenterología con Endoscopio, Lector automático de Elisa, Servicio de Anatomía Patológica y Servicio de Nutrición, con la finalidad de que puedan arribar al diagnóstico tempano y tratamiento oportuno, los distintos sectores de la población bonaerense.

Constancia médica de enfermedad celíaca

Resolución 1408-E/2017 del Ministerio de Salud de la Nación, publicada el 07/09/2017 en el Boletín Oficial

Teniendo en cuenta que resulta imposible la acreditación actualizada de la enfermedad celíaca, una vez que los pacientes han iniciado el tratamiento de una dieta libre de gluten ya que se normalizan los resultados de las determinaciones serológicas y/o la biopsia de intestino delgado, y a fin de hacer efectivo los beneficios previstos en la cobertura de la enfermedad en las leyes 23660 y 23661, resulta necesario establecer un criterio unificado en cuanto a la documentación requerida para acreditar la condición de enfermo celíaco.


CONSTANCIA MÉDICA DE ENFERMEDAD CELÍACA

LUGAR: _____

Por la presente se deja constancia que la/el paciente _____ FECHA: / /

DNI Nº _____ Fecha de nacimiento: / /

tiene Enfermedad Celíaca diagnosticada en el año _____

Información requerida para el diagnóstico

Clínica: sintomático ☐ asintomático ☐ subclínico ☐

Serología

Serología al diagnóstico	**Resultado**	
Antitransglutaminasa IgA		
Antiendomisio IgA		(Indique el valor obtenido)
Peptido deamidado de Gliadina IgG		(Indique + / -)
Anticuerpo Antigliadina IgA		(Indique el valor obtenido)
		(Indique el valor obtenido)

Biopsia de intestino delgado efectuada en:

Institución: _____

Protocolo: _____ Grado (Clasificación de Marsh) -o- Enteropatía Grado o Atrofia Vellosidades Fecha: / /

3 a ☐ 3 b ☐ 3 c ☐ II ☐ IV ☐

En el caso de que el grado encontrado sea menor, deberá justificar su diagnóstico:

La biopsia no fue efectuada con motivo de:

Y el diagnóstico se fundamenta en los siguientes criterios clínicos y de laboratorio:

los que son válidos y suficientes para el diagnóstico de Enfermedad Celíaca.

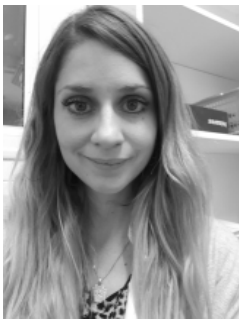
Dado que se trata de una enfermedad crónica, este certificado se extiende por única vez.

Para ello, por Resolución Ministerial 1408-E/2017," autoriza a acreditar la condición de paciente celíaco mediante la ***"constancia médica de Enfermedad Celiaca"****, que como Anexo integra la resolución, la que será expedida por el profesional médico, conforme los estudios pertinentes efectuados al paciente al momento del diagnóstico. "*

Ver el texto completo en:

http://www.msal.gob.ar/celiacos/pdf/Resolucion%201408-E2017.pdf

Rocio Viollaz
Licenciada en Nutricion
M.P. 1873
rviollaz@gmail.com



Más allá de las pre-mezclas

Las pre-mezclas comerciales SIN TACC son harinas refinadas, compuestas mayormente por harina de arroz y féculas de maíz, papa, mandioca. El refinamiento de harinas es el proceso industrial por el cual las capas externas y el germen (centro) del grano son eliminados para favorecer la blancura y conservación de la harina resultante. Justamente es en dichas partes del grano donde se encuentran nutrientes importantes como la fibra, vitaminas y minerales. Además, las premezclas tienen agregados como: aditivos estabilizantes y emulsionantes, aceite, azúcar y sal. Es por esto que no son la mejor opción nutricional a la hora de reemplazar harinas en una alimentación libre de gluten.

La fibra tiene un papel fundamental en el mantenimiento de la flora intestinal ayudando a prevenir la constipación, el cáncer de colon, controlar los niveles de azúcar y colesterol en sangre y aportar saciedad. Las harinas a base de cereales refinados, por lo contrario, tendrán un impacto negativo sobre la salud, predisponiendo al sobrepeso, diabetes, obesidad y enfermedades cardiovasculares.

Existen alternativas de harinas a base de cereales integrales, semillas y legumbres, certificadas sin gluten. El trigo sarraceno o alforfón, quinoa, arroz integral, amaranto, sorgo, chía, lino, garbanzos son ejemplos de alimentos cuya molienda permite obtener harinas sin gluten, con alto aporte de fibra, vitaminas y minerales.

Otra manera de incorporar la fibra en la alimentación es usando semillas: chía, lino, sésamo, amapola, de zapallo, de girasol.

Son opciones económicas, sin agregados de aditivos, sal, aceite ni azúcar y fáciles de incorporar en recetas diarias. Aquí algunas opciones para su uso:

Polvo para panificar harinas: es a base de GOMA XÁNTICA y GOMA GUAR, es un polvo que imita la función de elasticidad del gluten en los panificados, se agrega 1cdita cada 200 gr de harina. También puede usarse de igual manera la goma xántica sola.

Recetas saludables Sin TACC

Receta de masa de pan o pizza

(1 pan tipo lactal grande o 2 pizzas grandes)

• 500 gr de harina de arroz integral (se puede hacer 250 gr de esta y 250 gr de trigo sarraceno o amaranto)
• ½ paquete de levadura (fresca o ½ sobre en polvo)
• 1 cda de aceite de oliva
Agua tibia cantidad necesaria
• 1 cdita de sal
• 1 cdita de azúcar
• 2 cditas de polvo para panificar o goma xántica

Hidratar la levadura en un poco del agua tibia y la cdita de azúcar, mezclar todos los ingredientes e ir agregando agua tibia de a poco. Debe quedar la consistencia de pasta, un poco más espesa que un bizcochuelo, no es una masa para amasar. Colocar en el molde deseado aceitado y enharinado (pizzera o budinera para armar un pan tipo lactal). Dejar levar 30 minutos si es pizza o 1 a 2 hs si es pan, hornear la pizza 10 a 15 minutos hasta que haga la base, el pan a fuego bajo 45 minutos a 1hr. Se puede guardar en la heladera (1 semana dentro de una bolsa) e ir cortando rebanadas para tostar o ya cortarlo y guardar las rebanadas en el frezzer.

Muffins de amaranto y limón

• 1 taza de harina de arroz integral
• ½ taza de harina de amaranto
• 2 huevos
• ½ taza de azúcar mascabo
• ¼ taza de aceite
• Juego y ralladura de 1 limón
• 2 cditas. de polvo para hornear
A gusto: pasas de uva, canela, esencia de vainilla.

Mezclar batiendo los huevos con el azúcar, aceite, jugo y ralladura de limón. Agregar las harinas. Volcar en moldes de muffins aceitados y enharinados. Hornear 15 a 20 minutos a 180°C.

Pan de sorgo

(1 pan tipo lactal grande)

- 500 gr de harina de sorgo
- 2 cdas soperas de lino molido
- 2 cdas soperas de fécula de maíz
- 2 cditas de polvo para panificar o goma xántica
- 1/2 paquete de levadura en polvo o 1/2 cubito de la fresca
- 2 cdas de aceite de oliva
- 2 cditas de sal
- 1 cdita de azúcar
- Agua tibia c.n.

Hidratar la levadura con un poco de agua y la cdita. de azúcar. Mezclar todos los productos secos. Agregar la levadura ya hidratada, el aceite y agua hasta tener la consistencia pastosa, más espesa que un bizcochuelo. Colocar en molde de silicona o uno aceitado y enharinado (con la harina de sorgo o fécula o harina de arroz). Dejar levar 1 a 2 hrs en el molde. Hornear 40 a 50 minutos horno mínimo. Se puede guardar en la heladera (1 semana dentro de una bolsa) e ir cortando rebanadas para tostar o ya cortarlo y guardar las rebanadas en el freezer.

Budín de banana y quinoa

- 1 taza de harina de quinoa
- 2 tazas de harina de arroz integral
- 2 huevos
- 3 bananas pisadas
- 1 taza de azúcar mascabo
- 1/2 taza de aceite
- 2 cditas. de polvo para hornear

A gusto: esencia de vainilla, ralladura de cítricos.

Mezclar las bananas pisadas con los huevos, el azúcar y aceite. Agregarle las harinas. Volcar sobre un molde aceitado y enharinado. Cocinar 45 minutos a 180 °C.

Receta para tarta

(1 base)

- 250 gr de harina de arroz integral (se puede hacer
- 125 gr de esta y 125 gr de trigo sarraceno)
- 1 huevo
- 2 cdas de aceite de oliva
- 1 cdita de sal

Agua cantidad necesaria para formar un bollo de masa. Dejar descansar 30 minutos y estirar en molde de tarta o pizzera. Agregar el relleno deseado y hornear fuego medio (45 minutos aprox)

SEMILLAS

Pueden agregarse a las harinas refinadas para sumarles así fibra. Si están molidas será mayor su aporte de vitaminas y minerales. Usar 1 cda. sopera cada 100 gramos de harina refinada.

Crepes de harina de garbanzos

(5 unidades)

- ½ taza de harina de garbanzos
- ¾ taza de agua
- Sal 1 cdita

Agregar el agua de a poco para no formar grumos. Dejar descansar la pasta 10 minutos. Cocinar los crepes en una sartén de teflón aceitada, como un panqueque, de ambos lados. Se puede usar como rapiditas, o canelones o base de pizza. Pueden frezarse.

Recetas proporcionadas por la Lic. Rocío Viollaz

El Centro de Difusión de la Celiaquía

Es la primera institución de nuestro país que se dedica especialmente a la difusión a fin de lograr un diagnóstico precoz e integrar al celíaco en la sociedad en todos los ámbitos y niveles: personal, familiar, escolar, laboral, social, etc.

- **Capacita** a grupos interdisciplinarios de salud, educación, justicia y acción social, etc, en manipulación de alimentos para celíacos.
- **Difunde** avances científicos, la legislación vigente y en proyecto, acciones desarrolladas por las instituciones vinculadas al tema.
- **Reúne, sistematiza y difunde** información bibliográfica.
- **Organiza** charlas, conferencias, jornadas, coloquios, etc, con la participación de profesionales especializados.
- **Gestiona** espacios en los medios de comunicación masivos.
- **Asiste y participa** en conferencias, congresos, jornadas, etc. vinculantes.
- **Establece** vínculos, acuerdos con otros organismos.

Comisión Directiva

PASTOR, María Rosa
Presidente

CHECHILE, María del Carmen
Vicepresidente

POLI, Marta Beatriz
Secretaria

ARIAS, Cristina Elida
Tesorero

COELLI, María Magdalena
Vocal Titular 1°

PILEGI, María Mercedes
Vocal Titular 2°

GARDINER, Gisela Mabel
Vocal Suplente 1°

BAUTIER, Victoria Noemí
Vocal Suplente 2°

GARDINER, María Cecilia
Rev. Ctas. Titular 1°

CHOPITA, Marina
Rev. Ctas. Titular 2°

GARDINER, Daniel Alberto
Rev. Ctas. Titular 3°

VALLONE, Matías
Rev. Ctas. Suplente

Ce.Di.Ce.
Centro de Difusión de la Celiaquia

Impreso en **DiPIDE**
Dirección Provincial de Impresiones
y Digitalización del Estado
Calle 3 esq 523, Tolosa