

Prólogo

En recuerdo del Dr Juan Carlos Gómez

Este sumario engloba en una edición las notas más importantes publicadas en los primeros 14 números de la revista Mundo Celíaco y que siguen en vigencia por su contenido.

“Los felicito por la publicación, me parece una gran idea. Mundo Celíaco nos acompaña en nuestra tarea diaria con la información de lo que ocurre en el mundo celíaco, de las novedades en cuanto a los alimentos sin gluten, con entrevistas a los especialistas, difundiendo las leyes y lo que sienten otros celíacos. Mantenerse informado ayuda para el aprendizaje y crea nuevas posibilidades en la transformación de un mundo mejor.”

Lic. Mercedes Pico - Hospital Garrahan

“En estas breves palabras quiero resaltar el valioso aporte realizado por la revista Mundo Celíaco a la difusión de la Enfermedad Celíaca durante todos estos años. Una manera útil y práctica de entrar a la casa de los celíacos con información clara y oportuna. También quiero expresar mi agradecimiento al constante envío de ejemplares para nuestra comunidad. Una muestra de que juntos somos más. Nuevamente gracias”

Andrea F. González - Jefa del Departamento de Alimentación
Hospital de Gastroenterología “Dr. C. Bonorino Udaondo”

“Mundo Celíaco está expuesto en el consultorio y todos los celíacos se llevan los ejemplares. Muchos de ellos toman conocimiento por primera vez en el consultorio y están muy contentos!!”

Dr. Christian Boggio Marzet - Pediatra Gastroenterólogo - Coordinador Grupo de Trabajo
Gastroenterología & Nutrición Pediátrica Hospital “Dr. I. Pirovano” - CABA

“Para nuestro Servicio, la revista “Mundo Celíaco” es una herramienta fundamental como material educativo para nuestros pacientes, ya que la misma los mantiene informados y actualizados, dado que los artículos publicados son escritos por referentes en el campo de la Enfermedad Celíaca. Auguramos la continuidad de la Publicación.”

Equipo de Unidad de Soporte Nutricional y Enfermedades Malabsortivas
HIGA San Martín, La Plata

Mundo Celíaco Año 8 N° 16, diciembre de 2014

Propietario:
Centro de Difusión
de la Celiarquía

Director:
Marta Beatriz Poli

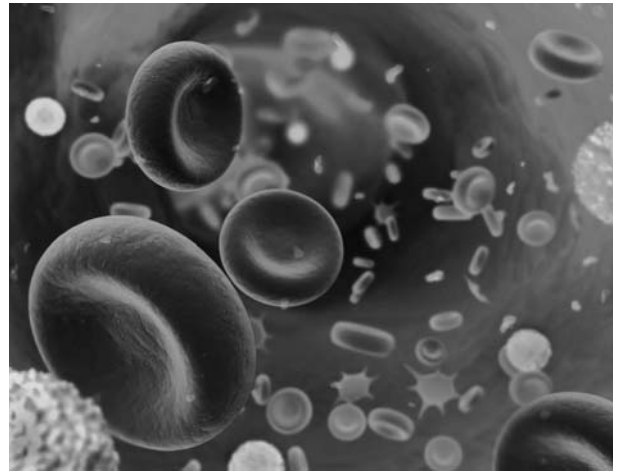
Producción periodística:
Margarita Hollman
María Rosa Pastor
Marta Poli



Personería Jurídica N° 32033
Domicilio Legal: Calle 119 N° 1643
(1900) La Plata, Buenos Aires - Tel/Fax (0221) 427 6585
E-Mail: ce_di_ce@yahoo.com.ar / www.cedice.com.ar
www.facebook.com/ce.di.ce

Adherida a la Federación de Instituciones Culturales y Deportivas de La Plata.
Entidad de Bien Público Municipalidad La Plata N° 1285 - Organización CENOC N° 15507
Inscripción REPOC N° 1/2146/08 / N° Registro DNDA 5200392
Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación sin la autorización expresa de Ce.Di.Ce.

Anemia



La anemia puede definirse como la disminución de los glóbulos rojos o de su contenido en hemoglobina, que es una proteína que contiene hierro (Fe), la que resulta insuficiente para el normal transporte de oxígeno desde los pulmones a los tejidos de todo el organismo, con su consecuente alteración en las funciones de ellos. Muchos de los síntomas de anemia son ocasionados por el inadecuado aporte de oxígeno a los tejidos.

Existen síntomas comunes a todos los tipos de anemia y que variarán en su intensidad según la severidad de la misma. Entre estos síntomas podemos mencionar los siguientes:

- Fatiga fácil y pérdida de energía.
- Frecuencia cardíaca aumentada, particularmente con el ejercicio (aumento de la frecuencia del pulso) y palpitaciones

y enfermedad celíaca

- Dolor en el pecho.
- Dificultad para respirar y dolor de cabeza, principalmente también con el ejercicio.
- Dificultad para concentrarse y falta de memoria. Mareos. Insomnio.
- Palidez de la piel y de las conjuntivas oculares.
- Calambres en las piernas.

Es evidente que padecer una anemia puede implicar limitaciones para llevar a cabo las actividades de la vida diaria y experimentar un descenso importante en la calidad de vida. El cansancio puede impedir las actividades cotidianas, provocar tristeza o malestar. La falta de energía puede hacer difícil llevar a cabo las tareas sencillas cotidianas, que la mayoría de la gente realiza sin ningún tipo de problemas. El cansancio extremo puede también afectar a las relaciones con familiares y amigos, ya que puede provocar irritabilidad. De esta manera el paciente con anemia evita el contacto social por el excesivo esfuerzo que ello supone.

Las manifestaciones de anemia no solo son debidas a la deficiencia de hierro. También pueden ser ocasionadas por deficiencia de Acido Fólico y de Vitamina B12.

Siempre se deben tratar las posibles causas de anemia, que pueden ser producidas por pérdidas sanguíneas (hemorragias digestivas, grandes pérdidas menstruales en las mujeres, etc.); también por destrucción de glóbulos rojos, llamadas anemias hemolíticas, así como por enfermedades de la médula

ósea que interfieren con una adecuada formación de glóbulos rojos.

Un concepto importante es que el Hierro, el Acido Fólico y la Vitamina B12 ingeridos en la dieta se absorben en el intestino, por lo tanto en las enfermedades del intestino delgado al no absorberse correctamente estos elementos se produce anemia. Tal como puede ocurrir en la ENFERMEDAD CELIACA. (EC)

La anemia es un hallazgo muy común en la forma clásica de la EC, que cursa con diarrea crónica, mala absorción de grasas y múltiples nutrientes, incluidos el hierro, ácido fólico y menos frecuentemente vitamina B12. En esta forma clásica la desnutrición está siempre presente.

Pero actualmente se conoce que este tipo de pacientes celíacos representan solamente un 20 a 30 % del total y el resto pueden ser oligosintomáticos (con escasos síntomas ó ninguno de origen digestivo y manifestaciones preponderantemente extradigestivas) ó monosintomáticos (con una sola manifestación extradigestiva).

En este último grupo (monosintomáticos), la anemia es la forma más frecuente de presentación, como única manifestación de una EC, y según distintos trabajos entre un 3 y 20% de los pacientes con anemia en quienes se ha descartado otras causas como pérdidas sanguíneas o deficiencias en la ingesta, resultan ser pacientes celíacos. Estas variaciones en los porcentajes dependen de los criterios utilizados en la selección de los pacientes para investigar la EC. Así existen pacientes con EC que responden transi-

toriamente al tratamiento con hierro y ácido fólico y no se les investiga la EC, y otros que no responden en absoluto o por muy breves períodos de tiempo a la administración oral de estos elementos. Dentro de este último grupo es donde se diagnostica la EC en un mayor porcentaje.

En nuestra Unidad Hospitalaria hemos realizado un trabajo entre febrero de 1998 y octubre de 2006, estudiando 200 pacientes adultos con anemia ferropénica donde investigamos EC, habiéndose descartado, como decía anteriormente, otras causas de anemia. A todos se les realizó un cuestionario para investigar otras manifestaciones de EC, tales como episodios de diarrea, infertilidad, abortos espontáneos y enfermedades del hígado, entre otras, así como enfermedades asociadas entre las que se destacan endocrinopatías como diabetes y enfermedades tiroideas. La mayoría de los pacientes estudiados con anemia fueron mujeres (185), de las cuales 145 eran premenopausicas. El tiempo promedio de duración de la anemia en el total del grupo (200 pacientes) era de 6.5 años, oscilando desde 1 mes a 30 años. A todos se les realizaron estudios con anticuerpos en sangre anticuerpos para investigar una posible EC y a los que resultaron positivos se les realizó biopsia de intestino delgado. De esta manera se diagnosticaron 50 pacientes con Enfermedad celíaca, lo cual representó un 25% del total. En 15 de ellos (7.5%), además de la anemia, existían otros síntomas que podrían ser atribuibles a una EC tales como diarrea, abortos espontáneos e infertilidad. Pero es de destacar que en ningún caso estos síntomas motivaron la sospecha de EC por parte de los médicos que enviaron los pacientes para su estudio.

A todos los pacientes se les indicó dieta libre de gluten (DLG) y se evaluó la evolución de la anemia a los 6 meses y al año. Se obtuvieron datos de 31 pacientes (62 %). No fue posible la evaluación en los 19 restantes por distintas razones (5 no concurrieron a los controles, 10 no cumplían la DLG y otros cuatro tenían reciente diagnóstico e inicio de DLG). Los 31 paciente evaluados y tratados con DLG, como único tratamiento presentaron valores normales de

hemoglobina al año de realizar la dieta.

También analizamos los costos para el Sistema de Salud teniendo en cuenta los reiterados estudios hematológicos y tratamientos con Hierro y Acido Fólico en los 6.5 años promedio de retraso en el diagnóstico. El diagnóstico precoz de los 50 pacientes con EC hubiera significado una reducción en los costos de aproximadamente un 20%.

Conclusiones:

1.-Los pacientes con anemia ferropénica, sin pérdida evidente tienen una alta probabilidad de padecer EC. Se transforman así en POBLACIONES DE RIESGO PARA EC.

2.-Es de mala práctica tratar una anemia sin realizar un diagnóstico previo.

3.-Es muy frecuente por parte del profesional, el no tener en cuenta la EC como única causa de anemia

4.-Los tratamientos sintomáticos (sin diagnóstico de la causa) no sólo producen altos costos en salud, sino que también generan una mala calidad de vida y trastornos, que pueden ser graves y aun poner en peligro la vida del paciente.

Por lo tanto en aquellos pacientes adultos con diagnóstico de anemia ferropénica, especialmente mujeres premenopáusicas, en los cuales no se encuentra causa de pérdida sanguínea, DEBERIA INCLUIRSE EL ESTUDIO SISTEMATICO DE EC.



Dr. Juan Carlos Gómez

*Jefe Unidad Soporte Nutricional y Enfermedades Malabsortivas. HIGA Gral. San Martín La Plata
Profesor libre de Medicina Interna UNLP
Director de la Sección de Soporte nutricional y Enfermedades Malabsortivas. Cátedra "D" de Medicina Interna. UNLP*

Enfermedad celíaca: genética y autoinmunidad

La enfermedad celíaca (EC) es una enteropatía que cumple los criterios de las enfermedades autoinmunes, donde se conocen la predisposición genética (HLA), los factores exógenos desencadenantes (gluten) y los autoantígenos (transglutaminasa tisular). La causa por la que se produce esa intolerancia no está aún aclarada, pero si está aceptado que existe una alteración en la respuesta inmunitaria o de “defensa” del paciente celíaco que hace que el organismo reconozca como extraño al gluten y genere un anticuerpo contra él. Estos anticuerpos son los que producirían la lesión intestinal, pero también podrían actuar contra otros órganos o sistemas, lo que permitiría explicar otros síntomas que aparecen en la EC. Estos conocimientos han permitido definir a la EC como un desorden multi-sistémico que puede afectar otros órganos extra-intestinales, tales como piel, corazón, sistema nervioso e hígado entre otros.

Se sabe que la EC aparece con más frecuencia entre los miembros de una familia que comparten el mismo “grupo” genético, es decir un grupo de genes que forman parte de lo que se conoce como complejo mayor de histocompatibilidad (CMH). Este complejo está formado por un grupo de genes que se ubican en el cromosoma 6 y su función fundamental es “captar” sustancias extrañas para “presentárselas” a las células específicas encargadas de defender al organismo de esas sustancias extrañas. Los genes del CMH se clasifican en 3 grupos (I, II, y III) de acuerdo a su estructura química, su distribución en los tejidos y sus funciones.

Los del grupo I se encuentran en la superficie de todas las células (menos en los glóbulos rojos y las plaquetas) y se designan como HLA-A, HLA-B

y HLA-C. Los antígenos de la clase II se designan HLA-DP, HLA-DQ (del que hablaremos más adelante) y HLA-DR y se encuentran en las células del sistema inmune. Las sustancias (o moléculas) que se unen a los antígenos HLA clase II provienen, en general, de afuera del organismo, como microbios y proteínas (por ejemplo el gluten). Cuando una proteína es reconocida como extraña, el HLA se une a esa proteína y se la “presenta” a otras células del organismo encargadas de formar los anticuerpos contra esa sustancia reconocida como extraña.

En la década de los setenta, con el descubrimiento del sistema HLA, se pudo comprender mejor el fenómeno del rechazo de órganos transplantados y también descubrir la conexión entre determinados perfiles de HLA y una mayor frecuencia de enfermedades autoinmunes como el Lupus Eritematoso Sistémico, la Miastenia Gravis y el Síndrome de Sjögren, u otras como la Espondilitis Anquilosante y la Enfermedad Celiaca.

El ADN que se transmite de padres a hijos se encuentra en el cromosoma del núcleo de todas las células y está formado por una gran cantidad de elementos como si fueran letras que se combinan entre sí para formar palabras que a su vez se combinan para formar un mensaje. En ese mensaje hay diferentes partes que se denominan



genes. Los genes del sistema HLA que recibe un hijo provienen la mitad del padre y la otra mitad de la madre, con lo cual se forma el perfil genético de ese nuevo ser.

Como dijimos antes, la susceptibilidad a la EC es determinada por VARIOS factores genéticos que conducen a la intolerancia permanente a la gliadina y otras prolaminas. Entre los factores genéticos conocidos está la asociación con el HLA DQ-2 y DQ-8.

El HLA-DQ-2 se encuentra en el 80-90% de los pacientes celíacos y en el resto se encuentra el HLA-DQ-8. Entonces la EC NO SE DESARROLLA a menos que la persona tenga el HLA-DQ2 o DQ8. Sin embargo, también sabemos que estos HLA están en el 20-30% de la población general. Esto significa que la presencia del HLA es necesaria, pero no suficiente, para desarrollar la EC. Los HLA representarían el 50% de la carga genética para que se desarrolle la EC. El resto de la carga genética responsable de la EC aún no se conoce.

Dijimos antes que la EC aparece con más frecuencia entre los miembros de una familia que comparten el mismo “grupo” genético. Este grupo genético compartido es el HLA DQ-2 ó DQ-8. La herencia de este factor hace que entre los familiares de primer grado de pacientes celíacos haya una prevalencia global de EC de aproximadamente un 12 a 20%. También hay un incremento en familiares de 2º grado.

En nuestra Unidad estudiamos 142 familiares de 1º grado de 67 pacientes con EC diagnosticándose 17 con EC, esto es un 11%, una cifra mucho más alta que la se observa en la población general que es de 1%. El dato más importante fue que casi en la mitad de ellos la EC era asintomática.

La investigación de EC en los familiares (considerada una población de riesgo) facilita la detección y disminuye los riesgos de complicaciones.

En sujetos genéticamente predispuestos hay también una serie de otros autoanticuerpos además del EmA (antiendomiso) que pueden ser gluten – dependiente, por ejemplo anticuerpos anti-tiroides y anti-fosfolípidos, asociados con la diabetes (llamados

ICA, GAD e IAA), etc. Un estudio importante desarrollado por Ventura en Italia, demostró que luego de la dieta libre de gluten estos anticuerpos desaparecían. Este y otros estudios nos permiten actualmente decir que otras enfermedades autoinmunes son más frecuentes en los pacientes celíacos y también en sus familiares de 1º grado y que la dieta libre de gluten cumple un rol protector contra estas enfermedades.

En los estudios realizados en nuestra Unidad también observamos datos similares ya que los pacientes celíacos tienen una mayor prevalencia de otras enfermedades autoinmunes, llegando al 26%, y los mismo sucedió con los familiares de 1º.

Todo lo expuesto antes nos permite concluir que:

- **La EC cumple con los criterios de una enfermedad autoinmune.**
- **Que los familiares de pacientes celíacos son una población de riesgo que deben ser estudiados de manera rutinaria.**
- **Que más de la mitad de los familiares presentan formas asintomáticas de la enfermedad.**
- **Que la EC se asocia con mayor frecuencia con otras enfermedades autoinmunes**
- **Que esta mayor frecuencia de enfermedades autoinmunes se observa no solo en celíacos sino también en sus familiares.**
- **Que la dieta libre de gluten cumple un rol protector contra esas enfermedades autoinmunes.**

Si usted requiere de más información puede comunicarse con nuestra Unidad al TEL 0221-4892584 o entrar en nuestra página

Web: www.soportenutricional.com.

Dra. Adriana Crivelli

Jefa de la Unidad de Soporte

Nutricional y Enfermedades

Malabsortivas

Hospital San Martín. La Plata

www.soportenutricional.com.ar

Manifestaciones bucales de la enfermedad celíaca

La alteración de los diferentes órganos y tejidos en el medio bucal, se observa frecuentemente en la enfermedad celíaca (EC) y pueden el único signo por mucho tiempo, hasta que en el avance del proceso, se suman otros, y recién allí es cuando se realiza la consulta.

Como porción inicial del aparato digestivo, es en la boca donde se da el primer contacto del gluten con el organismo, contacto que, de acuerdo al número de ingestas al día y tipo de masticación, puede prolongarse por varias horas.

De todos modos, los mecanismos etiopatológicos de las lesiones encontradas no están completamente aclarados y podrían responder a los procesos inmunológicos implícitos en la naturaleza de la enfermedad, similares a los que se dan en otros órganos, y no sólo ser la consecuencia de la patología producida sobre ellos.

Presentación clínica:

Las alteraciones se producen a nivel de: **los órganos dentarios y de la mucosa bucal.**

-El período de formación dental (que ocurre dentro de los huesos maxilares y es de varios años para los dientes permanentes), puede verse afectado por varias causas; locales o sistémicas. Ese factor causal, que puede ser de muy diferente naturaleza, puede determinar lesiones clínicas que afecten la forma original del (los) dientes, desde mínimos cambios apenas perceptibles hasta severas alteraciones en la forma, textura y color del esmalte dental (que es donde se producen preferentemente en la EC)

Esas lesiones permanecerán, y serán visibles en el momento de la erupción dentaria. Se conocen en conjunto como Defectos Estructurales del Esmalte.

La presentación de los defectos es muy variada y



pueden afectar la superficie dental debido a un menor espesor del esmalte (Hipoplasia del Esmalte) en algunas zonas, que se traduce como hoyos, ranuras, fisuras, o formas totalmente irregulares que pueden afectar severamente la anatomía dentaria. Otros, no afectan el espesor del esmalte, y se aprecian como cambios de color (Opacidades), que en forma localizada o difusa, se diferencian claramente de la coloración dentaria general. Esas coloraciones pueden ser blanquecinas, amarillentas y amarronadas.

Ambos tipos de defectos pueden presentarse

solos o en forma combinada en un mismo diente o en varios.

-En la mucosa bucal, las alteraciones se dan mayoritariamente en adultos, pero hay registros de casos en niños y adolescentes.

Si bien las aftas recurrentes tienen una frecuente presentación, también se observan diversos tipos de erosiones de la mucosa, glositis (generalmente depapilaciones que provocan una superficie lingual mapeada), queilitis angular (pequeñas fisuras en las comisuras labiales), así como sensaciones de ardor y /o boca seca.

El tratamiento de la EC, la dieta sin gluten, ha reducido en gran proporción la frecuencia de los episodios de las lesiones mucosas así como la duración de los mismos.

Tratamiento de las lesiones bucales

-En cuanto a los Defectos del Esmalte Dental, la descripción denota claramente que, de acuerdo a la localización, extensión de la lesión, número de piezas dentales afectadas y ubicación de los dientes afectados en la arcada dental, pueden comprometer la estética, función, sensibilidad, así como favorecer la retención de placa bacteriana.

Actualmente, la solución odontológica para su solución es rápida, implicando muchas veces sólo una sesión clínica, con resultados excelentes. Sin embargo, esa rapidez no debe enmascarar totalmente la existencia de lo que pudiera ser el signo de una enfermedad o condición (en este caso la celiaquía).

Por eso consideramos muy importante que, previamente a la solución de uno de estos defectos, el mismo sea registrado de algún modo (fotográficamente u otro) por el odontólogo, para que el dato pueda ser informado correctamente al médico que será quien decida la investigación de la enfermedad.

-El tratamiento de las lesiones mucosas no suele ser tan eficaz, algunas veces, como el dentario, o al menos no a tan corto plazo. Siempre es importante, como primera medida, vigilar la dieta: la libre de gluten (transgresión voluntaria o involuntaria), y la dieta general, para evaluar si los nutrientes necesarios se están perdiendo o no se están incorporando. Algunas de las alteraciones que mencionamos en

la mucosa, se deberían a procesos carenciales, sobre todo de algunas vitaminas, que podrían estar perjudicando el epitelio (como en la lengua y las comisuras labiales).

En algunas de las patologías asociadas a la EC, también se presentan aftas recurrentes, como ocurre en el déficit de inmunoglobulina A, lo que se podría explicar su presentación en algunos casos.

Consideramos entonces muy importante la evaluación odontológica y médica del paciente en estos casos, y tratar de lograr aún como primera medida un inmediato tratamiento (al menos paliativo), que tienda romper el círculo: lesión con dolor-alteración de la alimentación- deficiencia nutricional y/o inmunológica- lesión con dolor. El tratamiento dependerá de los resultados de la evaluación.

Es interesante señalar que las lesiones mucosas que mencionamos se han observado en pacientes que cumplen estrictamente la dieta sin gluten, y su presentación se ha relacionado al diagnóstico tardío de la EC.

Los defectos estructurales están presentes por años, siendo considerados sólo como problema estético, hasta que una alteración mayor, como detención del crecimiento u otro, pueda afectar al niño o adolescente.

El considerar la amplia gama de manifestaciones de la EC es aún en muchos países el único modo de orientar a su búsqueda y lograr el diagnóstico precoz para la temprana instauración del tratamiento con todos los beneficios que eso implica.

Se presentan dos casos de Hipoplasia del Esmalte Dental de la autora. Prohibida su reproducción y/o publicación sin la autorización expresa de la misma y de la revista.

Dra. Alicia Marco
Odontóloga-UDELAR
Lic. Ciencias Biológicas-UDELAR
Colab. Hon. Inst. Ped. Fac. de Medicina. Policl. Celiacos
Servicio de Gastroenterología.
CHPR. Mdeo-Uruguay



Enfermedad celíaca: en búsqueda del santo grial

*“Que tu alimento
sea tu medicina
y que tu medicina
sea tu alimento “*

Hipócrates de Kos (460 AC)

La Enfermedad Celíaca (EC) es una afección autoinmune caracterizada por una intolerancia permanente y de por vida al gluten, una proteína encontrada en el trigo, cebada, centeno y avena.

Cuando hablamos de intolerancia estamos haciendo referencia a una incapacidad del organismo (en este caso del intestino) para poder realizar el proceso de digestión de un determinado alimento. Este complejo sistema de incorporación y asimilación de alimentos involucra diferentes mecanismos que interactúan entre sí a través de aumento de células específicas en la pared del intestino (linfocitos intraepiteliales) y aumento de anticuerpos (sustancias que fabrica el organismo en respuesta a este problema) específicos de esta afección.

Las primeras descripciones de la enfermedad datan del Siglo II AC a través de un pensador griego, Areteo de Capadocia, pero no fue sino hasta 1888 que el Dr. Samuel Gee realizó la descripción clásica de la enfermedad, y en la década del 30 del siglo XX el Dr. Dicke demostró que la supresión del trigo de la dieta aliviaba los signos y síntomas de la EC.

Con la introducción de la biopsia peroral de mucosa (pared) intestinal en 1957 se reconoció los cambios característicos de la mucosa del intestino delgado y en la década del 70 el desarrollo de tests

serológicos (pruebas en sangre) ofreció una herramienta valiosa para la detección de individuos que requerían biopsia de intestino delgado. De ahí en más, el descubrimiento de anticuerpos más sensibles y específicos junto con los screenings (tésteos) poblacionales permitió cambiar radicalmente el conocimiento de la EC, tanto en su forma clínica (formas atípicas o silentes) como epidemiológicas.

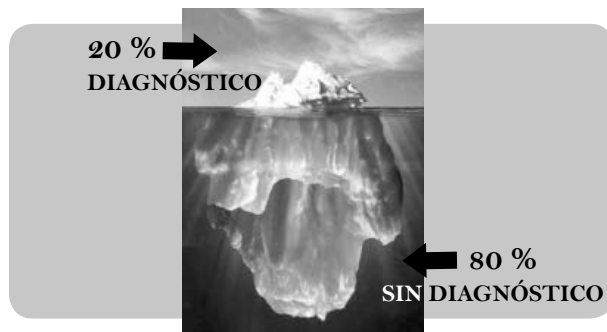
¿Enfermedad frecuente o subdiagnosticada?

Desde hace ya mucho tiempo se habla del desbordante incremento en número de casos que se ha observado en la EC. ¿A qué se debe este fenómeno?

Hasta no hace muchos años se creía que la EC era una afección infrecuente, sobre todo en países como Estados Unidos o Australia. Las descripciones de casos estaban destinadas a los libros de Pediatría y poco se conocía de este problema en la población adulta. Con el advenimiento de los anticuerpos muchos centros de investigación en gastroenterología comenzaron a realizar pesquisas (tésteos) en poblaciones de riesgo, es decir, en grupos de pacientes con enfermedades relacionadas a la EC. De ahí que observaron que la EC era frecuente en pacientes con Diabetes tipo I, en deficientes de IgA, etc. Con estos datos fueron más allá: comenzaron a buscar la enfermedad en la población general. Las cifras que se tenían hasta entonces (un celíaco cada 1000 habitantes) tuvieron que ser modificadas dado que estos estudios arrojaron resultados reveladores: un celíaco cada 300 habitantes. Estas nuevas prevalencias mostraron la población oculta que no presentaba síntomas de la enfermedad pero que la padecían,

demostrando el amplio abanico de presentación y las complicaciones de la misma. En nuestro país el Dr. Gómez y colaboradores de la ciudad de La Plata realizaron un estudio en voluntarios que realizaban su examen prenupcial. Establecieron una prevalencia de **1 celíaco cada 150 personas**. Pero lo más sorprendente fue encontrar que por cada 1 celíaco diagnosticado había 9 sin diagnóstico.

Explorando el iceberg



Todos estos innovadores descubrimientos llevaron a comparar a la enfermedad como un gran iceberg, donde la parte que sale a la superficie son los pacientes que detectamos con síntomas clínicos (el 20%) pero todo lo que está por debajo de la línea del agua son aquellos que no tienen diagnóstico (80%). Es entonces, nuestro desafío como médicos, poder detectar a todas esas personas que padecen la EC pero no la manifiestan clínicamente.

No es celíaco el que quiere sino el que puede

Si bien en la actualidad estamos viendo un incremento muy importante en el diagnóstico de personas con EC, no todos podemos ser celíacos. Para ello necesitamos de tres elementos:

1. Componente genético
2. Componente ambiental
3. Factores precipitantes

El componente **GENÉTICO** es a través del cual el paciente tiene la predisposición de padecer la EC. Es por eso que decimos que “no es celíaco quien quiere sino quien puede”. Esta información genética se encuentra almacenada en el Complejo Mayor de Histocompatibilidad (HLA).

Ahora bien ¿es suficiente con tener este factor genético para desarrollar la EC? Desde ya que no, dado que se necesita de otro factor que llamamos **AMBIENTAL** y este no es otro que la exposición al gluten a través de la alimentación. Muchos autores postulan que deben existir otros factores además del genético y el ambiental para que la persona desarrolle EC y esto está en relación con factores que denominamos **PRECIPITANTES** o **ACTIVADORES** que serían los responsables de poner en marcha el proceso inmunológico (cirugía abdominal, virus, etc). Todos estos factores interactuando entre sí llevan a una activación del mecanismo inmunológico en la pared del intestino a través del aumento de células específicas (linfocitos intraepiteliales) y producción de inmunoglobulinas específicas y por otro lado a la producción y liberación de proteínas específicas encargadas de destruir las vellosidades. Es por este doble mecanismo que a veces encontramos pacientes con anticuerpos positivos sin tener atrofia severa o destrucción total de las vellosidades intestinales.

La Gran Simuladora.

La forma de presentación de la EC ha variado considerablemente. Clásicamente los síntomas de presentación se limitaban a la diarrea crónica, la distensión abdominal (vientre abultado) y la falta de progresión de peso. Estos síntomas llamados clásicos fueron modificándose a lo largo de los años dejando paso a nuevas formas de presentación más allá del aparato digestivo. Las formas llamadas atípicas involucran un gran número de síntomas y signos que van desde problemas como la anemia crónica que no responde al tratamiento con hierro, pasando por cuadros neurológicos u osteoporosis hasta presentarse con problemas ginecológicos

FORMAS EXTRAINTESTINALES

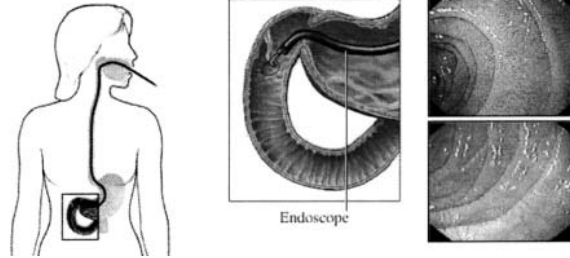
Sistema Musculoesquelético

Talla Baja

Osteoporosis - Osteomalacia

Piel y Mucosas

Dermatitis herpetiforme



como los abortos recurrentes o la infertilidad. En el cuadro se pueden ver detalladamente todos los síntomas que están relacionados con la EC.

El desafío de arribar a un diagnóstico de certeza.

Poder realizar el diagnóstico de EC es un desafío clínico para el pediatra y el médico clínico. Es tan variada la sintomatología que presenta que hoy en día los médicos deben estar alertas para poder sospechar esta enfermedad.

El diagnóstico se basa en tres pilares: la clínica, que son los síntomas y signos de presentación del paciente, la serología, que son los análisis de sangre específicos (anticuerpos) y la biopsia de intestino que es el diagnóstico de certeza de la EC.

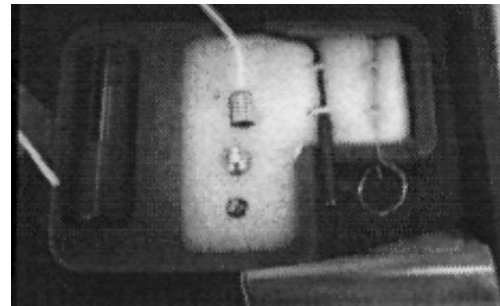
Los análisis de sangre involucran los anticuerpos. Tenemos de tres tipos: los anti gliadina (los primeros en aparecer, muy sensibles pero poco específicos), los anti endomisio (muy sensibles y específicos) y los anti transglutaminasa tisular (el autoanticuerpo por elección, altamente sensible y específico).

Una vez que hicimos los anticuerpos y tenemos un resultado positivo es necesario realizar el diagnóstico de certeza: la biopsia de intestino delgado (duodeno o yeyuno). La misma puede realizarse por endoscopia o por cápsula.

La endoscopia es la introducción de un tubo flexible por la boca que en su extremo lleva una cámara de televisión para poder examinar el tubo digestivo. Al llegar al sitio indicado se realizan múltiples tomas de la mucosa (pared del intestino). Estas tomas son pequeños pellizcos que no provocan ninguna complicación

Este material se analiza al microscopio donde se observan la presencia o ausencia de vellosidades y de linfocitos intraepiteliales.

La cápsula peroral de Watson es una sonda unida a una cápsula de metal que tiene una superficie de corte. Se introduce por la nariz y al llegar al sitio indicado se aspira por la sonda generando una presión negativa que produce el corte en la pared. Cualquiera sea el método empleado el resultado es el mismo: la toma de una muestra de la pared del intestino para ser vista por el patólogo quien nos dará el diagnóstico final de EC.



Llegar demasiado tarde.

A veces el diagnóstico no es fácil o los síntomas no fueron tan marcados y los pacientes llegan a la edad adulta manifestando complicaciones de la EC. Las mismas están relacionadas con la malabsorción de diferentes vitaminas y minerales al organismo y dado que la EC es una inmunopatía también se relaciona con la aparición de otras enfermedades autoinmunes. En el cuadro se puede apreciar las diferentes complicaciones halladas en la EC.

Mucho se ha dicho con respecto al riesgo de desarrollar cáncer de intestino. Hoy en día se sabe que la EC no diagnosticada y no tratada tiene un riesgo levemente aumentado con respecto a la población general de desarrollar linfoma de intestino delgado. Realizar el diagnóstico de EC en un paciente con linfoma es haber estado mirando en otra dirección al paciente.

¿EXISTEN COMPLICACIONES?

Osteopatías (descalcificación de los huesos)

Retraso de crecimiento (cierre de los cartílagos de crecimiento de los huesos)

Mayor riesgo de padecer enfermedades autoinmunes (enfermedades asociadas)

La alimentación es el medicamento.

El tratamiento de la EC es la dieta sin gluten (sin trigo, avena, cebada y centeno - sin TACC) permanente y llevada rigurosamente de por vida. Esto permite que el intestino se normalice, comience a absorber los nutrientes adecuadamente y mejore el estado nutricional del individuo. Cuando decimos que el tratamiento es una dieta muchos creen en la relativa sencillez del tratamiento. Pero modificar los hábitos alimentarios de un niño o, aún peor, de un adulto, no es una tarea nada fácil. Nuestra sociedad nos muestra e invita a participar de dietas con alimentos altamente industrializados y con grandes cantidades de gluten. La alimentación saludable (vegetales, frutas, carnes) ha sido reemplazada paulatinamente por la alimentación enfermante (snacks, embutidos). Es por eso que nuestro deber como profesionales es educar no sólo en la alimentación sin gluten sino en la alimentación saludable.

Realizar una dieta sin gluten no es tarea fácil. Sabemos perfectamente que la dieta no cura la enfermedad pero la controla muy bien, con lo cual el paciente que realiza la dieta sin comer **transgre-**

siones (esto significa comer alimentos que no están permitidos) puede llevar una muy buena calidad de vida. De esta manera resulta esencial conocer qué alimentos contienen gluten y cuáles no. Dado que el gluten puede encontrarse en muchos de ellos, desde un fiambre hasta una pasta dental, resulta imprescindible el conocimiento de los alimentos en cuanto a su composición y origen. Aquí comienzan a cumplir un rol muy importante las Asociaciones de Celíacos las cuales, a través de listados actualizados, brindan al paciente celíaco una ayuda en la elección de los alimentos adecuados.

Si bien existen adelantos e investigaciones en EC, todavía no existe una cura para esta afección. La búsqueda de este “Santo Grial” para los celíacos todavía resulta infructuosa. Sin embargo ellos ya encontraron su camino: apuestan a una dieta diferente, a un cambio de vida, a un desafío personal: apuestan todos a VIVIR MEJOR.



Dr. Christian Boggio Marzet

Pediatra Gastroenterólogo

M.N. 88.904 M.P. 445.992 M.M.363

*Sección Gastroenterología y Nutrición Pediátrica
Consultorio Interdisciplinario de Enfermedad Celíaca
Hospital General de Agudos “Dr. Ignacio Pirovano”.*

Av. Monroe 3555. Capital Federal.

E-mail: cboggio@intramed.net

Trastornos de conducta y enfermedad celíaca

Observaciones vinculadas a niños con problemas de atención escolar y falla en su rendimiento, que se revirtieron sorprendentemente una vez comenzada la dieta, nos hacen pensar que en estos casos, la sospecha de celiaquía debe estar tan instalada como la diarrea crónica o la baja talla.

La mejoría notable de la conducta, del humor y del sueño, una vez instaurada la dieta correcta en niños celíacos ha llevado a poner como “criterios” de sospecha de la celiaquía a la alteración del carácter. Valga como dato ilustrativo que en nuestra casuística sobre 767 biopsias de intestino delgado realizadas desde el 1° de Enero de 2003 hasta el 19 de Agosto de 2009, hemos encontrado, 530 pacientes celíacos.

Entre otros criterios la “irritabilidad y/o trastornos de conducta” se observó en 346 pacientes de los que fueron sometidos a biopsia y de estos, 249 (72%) resultaron celíacos y 97 no (28%). El otro criterio

destacado como para tener en cuenta es el “trastorno del sueño”, este se observó en 46 pacientes. En este grupo fueron celíacos 27, (58,7%) y no lo fueron 19, (41,3%).

También nos han referido muchos padres que sus hijos estaban siendo atendidos por problemas de atención escolar y falla en su rendimiento, lo que se revirtió sorprendentemente una vez comenzada la dieta. Es por esta razón que difundimos dos trabajos que dan fundamentos a estas y otras observaciones vinculadas a la conducta que nos hacen pensar que en niños con estos problemas, la sospecha de celiaquía debe estar tan instalada como la diarrea crónica o la baja talla.

Zelnik N y colaboradores publican en la revista Pediatrics (2004 Jun;113(6):1672-6 un trabajo titulado “Range of neurologic disorders in patients with celiac disease”. En él destaca el incremento de casos de enfermedad celíaca y la asociación de

ésta con problemas como ataxia cerebelosa, epilepsia mioclónica, neuropatías crónicas, serios problemas de conducta y/o demencia sobretodo en pacientes mayores, desconociendo estas observaciones en población de adolescentes. Destaca también



el hecho de que en esta última población son más frecuentes los problemas tales como dolor de cabeza, trastornos del aprendizaje, trastorno de atención (ADHD), y presencia de tic.

Para ahondar en este tema realizó un estudio que se caracterizó por realizarles a los pacientes celíacos un cuestionario acerca de la presencia de síntomas o trastornos neurológicos. Sus historias fueron revisadas, se destacaron las manifestaciones neurológicas, se sometió a examen especializado, estudios de imagen del cerebro y electroencefalograma. Estos datos fueron comparados con un grupo de control de similar edad y sexo. Los resultados fueron llamativos ya que los celíacos eran más propensos a desarrollar enfermedades neurológicas (51,4%) en comparación con los sujetos control (19,9%). Estos trastornos incluyen hipotonía, retraso del desarrollo, trastornos del aprendizaje y el TDAH, dolor de cabeza, y ataxia cerebelosa, otros trastornos como epilepsias eran ligeramente más común en la EC, en cambio no se encontraron diferencias en la prevalencia de tic en ambos grupos. El beneficio terapéutico de la dieta sin gluten, sólo se demostró en pacientes con hipo-



tonía transitoria infantil y migraña. Este estudio como conclusión sugiere que la variabilidad de las enfermedades neurológicas que se producen en el CD es más amplio que el informado anteriormente, e incluye más «suaves» y los trastornos neurológicos más frecuentes, como cefalea crónica, retraso del desarrollo, hipotonía, y trastornos del aprendizaje. Concluyen diciendo que estudios prospectivos longitudinales podrían definir mejor la gama completa de estos trastornos neurológicos y su respuesta clínica a una dieta libre de gluten.

Más recientemente Niederhofer H, Pittschieler K, comunican (2006 Nov;10(2):200-4 en J Atten Disord). un trabajo en el que se abocan con especial interés a los problemas de los déficit de atención o problemas de hiperactividad (ADHD) en pacientes celíacos.

Su objetivo fue buscar una prueba de asociación entre estas dos entidades. Para ellos los autores evaluaron 132 participantes de 3 a 57 años de edad afectados por la enfermedad celíaca y la posibilidad de un déficit de atención e hiperactividad asociados a ella. Utilizaron la Escala de Conner Hypescheme, un comportamiento similar a la escala Conners Rating Scales, antes de su dieta sin gluten y 6 meses después. Los resultados fueron que la puntuación global mejoraba significativamente con la dieta, así como la mayoría de los síntomas del ADHD. Concluyen en que la sintomatología es excesivamente notablemente entre los pacientes celíacos sin y con tratamiento y que una dieta libre de gluten SINTACC puede mejorar significativamente los síntomas en un período corto de tiempo. Los resultados de este estudio también sugieren que la celiaquía debería ser incluida en la lista de enfermedades relacionadas con el TDAH.

La función cognitiva es la capacidad del cerebro humano de procesar la información externa e interna y programar de forma consecuente la conducta más apropiada. Esta capacidad incluye la habilidad para permanecer en contacto con el mundo externo –a través de la función de vigilancia–, seleccionar y

fijar la información –a través de la función de atención– y memorizar los datos obtenidos –a través de la función de la memoria–. De este modo, la función cognitiva proporciona la oportunidad de informarse y de resolver los problemas, es decir, la inteligencia.

Una afectación de la función cognitiva puede verse como una reducción de la capacidad de aprendizaje en la edad infantil y como una demencia en población adulta. En el primer caso no se habla de retardo mental, dado que existe un cociente intelectual normal.

El complicado sistema de desarrollo cognitivo puede afectarse en cualquiera de sus fases y en muchas ocasiones asociarse a déficit de atención con hiperactividad, alteraciones de conducta y del humor y de otros trastornos psicológicos como depresión, alteraciones distímicas y trastorno desafiante oposicional.

Las alteraciones del aprendizaje y de la conducta se asocian frecuentemente tanto en niños como en adultos.

En la literatura hay mucho escrito en cuanto a los déficit de atención y trastornos de aprendizaje me pareció muy claro un artículo escrito por Martínez Bermejo y Polanco denominado "Alteraciones Neurológicas en la Enfermedad Celíaca" y publicado en *Review Neurology* 2005; 34 (supII) S24-33

En dicha publicación destacaban que, sobre una serie de 114 celíacos entre 4 y 20 años 6,8% presentaban o habían presentado las características del síndrome de déficit de atención con hiperactividad según criterios del DSMIV. Todos los casos iniciaron los síntomas de hiperquinesia al año de edad y todos ellos presentaban o habían presentado déficit de atención, hiperactividad, baja tolerancia a la frustración, impulsividad y labilidad emocional, en mayor o menor grado.

El síndrome de déficit de atención con hiperactividad (SDAH) constituye uno de los motivos de consulta más frecuente en neuropsiquiatría y, dada su



alta asociación a trastornos específicos del aprendizaje (dislexia, disgrafía, discalculia), es motivo de fracaso escolar en una importante proporción de casos. En la etiopatogenia del SDAH se involucran factores genéticos y biológicos. Son numerosos los estudios que apoyan la patogenia de una alteración dopaminérgica (dopamina y noradrenalina), sin alteración del metabolismo de la serotonina.

Explicado todo esto nos damos cuenta que haciendo un diagnóstico temprano de la celiaquía cuando se sospecha ya no solo por síntomas meramente digestivos sino por estas presentaciones de índole neurológicas o quizás psicopedagógicas estaríamos colaborando para mejorar el rendimiento de los niños que iban directamente al fracaso escolar.

Hacemos esta actualización para que se sospeche o soliciten las pruebas serológicas de rutina en los pacientes que consultan con estas complicadas entidades que alteran la vida diaria del niño y su familia, sabiendo que un diagnóstico oportuno de celiaquía bien podría revertir algunas de estas entidades

Dra. Luciana Guzmán
Servicio de Gastroenterología
del HIAEP Sor María Ludovica
especialista en Pediatría
y Gastroenterología Infantil



Enfermedad Celíaca

Es sabido desde hace mucho tiempo que las personas con enfermedad celíaca tienen más riesgo de tener osteoporosis y fracturas. Varias causas justifican esta asociación. Por un lado los pacientes con esta afección tienen una absorción disminuida de calcio, que a lo largo de los años genera un balance negativo (“sale más de lo que entra y se necesita”). Por otro, no sólo se absorbe poco el calcio sino que también ocurre lo mismo con la Vitamina D. Esta vitamina es fundamental para permitir la absorción intestinal de calcio e ingresa al organismo de dos maneras diferentes: con alimentos (sólo algunos peces como salmón, atún, caballa y otros que tienen una cantidad adecuada de Vit D, además de los lácteos que vienen adicionados con ella), y la producción que realizamos en la piel ante la exposición al sol.

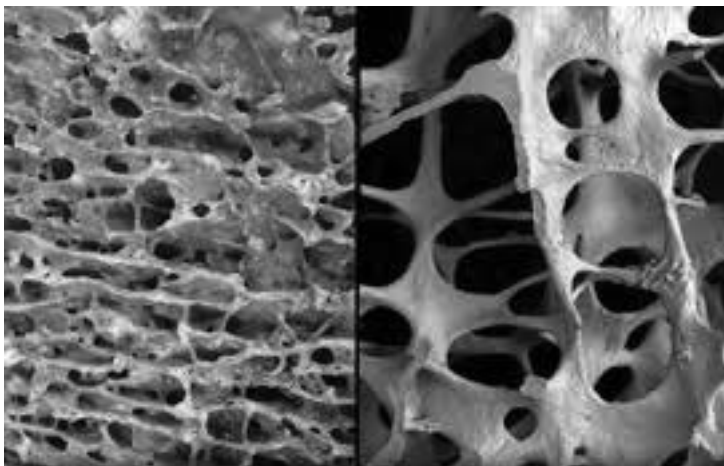
Por otro lado sabemos que las personas con bajo peso tienen más riesgo de tener osteoporosis y fracturas, y la delgadez puede ser una característica de

las personas celíacas de larga evolución no diagnosticadas. Otra causa que predispone a osteoporosis es la presencia de alteraciones menstruales (ciclos con atrasos o falta de menstruaciones), y esto también puede ocurrir en mujeres celíacas.

Pero, ¿qué es la osteoporosis y por qué se fractura la gente? La osteoporosis es la enfermedad caracterizada por huesos poco resistentes, que predispone a fracturas con los años, especialmente en algunas localizaciones (vértebras, cadera y muñeca son las frecuentes). Esa resistencia de los huesos tiene relación con la cantidad de calcio que tiene el hueso, y eso va disminuyendo en las mujeres especialmente a partir de la menopausia. Además, se sabe que las personas delgadas, o con alteraciones menstruales o con historia familiar de osteoporosis pueden tener una densidad de calcio en los huesos menor que la esperada en promedio ya desde la juventud. Todo esto ocurre frecuentemente en las celíacas.

Diferenciamos así dos tipos de osteoporosis, la “primaria” que es la causada por el paso de los años, y las “secundarias” que son las ocasionadas a cualquier edad por otras causas (tomar corticoides, perder demasiado calcio por la orina, o ser celíaco, entre otras).

Ante un traumatismo no deberían ocurrir fracturas (y de hecho siempre nos golpeamos en la vida diaria sin tener consecuencias). Todos nos podemos fracturar ante traumatismos muy importantes, pero también ante golpes leves si tenemos osteoporosis, ya que la cantidad de calcio (o la



y Osteoporosis

“calidad” ya que no siempre la estructura del hueso es la adecuada) no nos otorga la resistencia adecuada.

Cuando en el año 2000 escuchamos por primera vez en un congreso sobre Osteoporosis que a pacientes sin diagnóstico de celiaquía se les podía investigar si tenían esta afección nos resultó una revelación sorprendente. Nos preguntamos si diagnosticaríamos nosotros (que somos médicos “de adultos”) a pacientes sin diarrea y con osteoporosis severa, como celíacos. Nació para nosotros en ese momento el concepto de enfermedad celíaca leve, “subclínica”, sin diarrea, y esta enfermedad dejaba de ser “del pediatra”. El paso de los años lo confirmó y nos permitió diagnosticar como celíacos a muchos adultos con osteoporosis severa y determinadas características que nos inducen a pedir el laboratorio específico para esta afección.

¿Qué debe hacer alguien con diagnóstico de enfermedad celíaca?

- El diagnóstico del estado de los huesos es indispensable, y sólo se realiza mediante un estudio por imágenes, no cruento, llamado “Densitometría Ósea”. Este debe realizarse sobre dos regiones: columna y cadera.

- Ante un resultado no adecuado para la edad (osteoporosis, o un grado más leve llamado “osteopenia”) se deben realizar análisis.

- Se debe aumentar el ingreso de calcio, y esto se puede lograr con un aporte adecuado de lácteos (leche entera o descremada, yogurt entero o descremado, o queso) o en su defecto con medicamentos con calcio.

- Se debe aportar Vitamina D, actualmente existen varias presentaciones de la misma, que permiten comodidad y precio adecuado.

- No se debe tomar medicamentos “para fijar el calcio” sin la indicación de un especialista en el tema, ya que es mucho más importante en los celíacos recibir calcio + Vitamina D que aportar otros fármacos.

- Si es posible deben realizarse controles del tratamiento midiendo el nivel de Vitamina D en sangre, y con Densitometrías después de un tiempo prudencial.

La buena noticia es que el hueso vuelve a ganar calcio, se recalifica en parte, con la dieta sin gluten que permite una buena absorción de calcio y Vitamina D.

**Dr. José Luis
Mansur**

MP: 16.096

*Centro
de Endocrinología
y Osteoporosis
La Plata*



joseluismansur@hotmail.com

Enfermedad celíaca y piel

Hasta no hace mucho se pensaba en la enfermedad celíaca (EC) como una enfermedad rara, presente en un niño con escaso desarrollo corporal, causada por trastornos gastrointestinales debidos a mala absorción. Hoy se sabe que puede manifestarse en adultos de todas las razas. Su prevalencia en la población general es del 1 al 2% aunque esta cifra podría variar dado que suele ser subdiagnosticada. La EC tiene un amplio abanico de manifestaciones dermatológicas inespecíficas que se atribuyen a múltiples situaciones carenciales. Por otra parte, los pacientes pueden desarrollar un cuadro clínico dermatológico específico, la dermatitis herpetiforme, y asociarse a algunos trastornos de naturaleza autoinmune. En este artículo nos referiremos tanto a las manifestaciones dermatológicas inespecíficas (secundarias a la mala absorción de nutrientes) como a las específicas (dermatitis herpetiforme).

Manifestaciones cutáneas inespecíficas (debidas a la malabsorción)

En casi todos los pacientes se aprecia algún grado de sequedad de la piel, que puede llegar a producir descamación de intensidad variable.

Hasta en el 90% de los casos existe afectación de la boca: la lengua aparece inflamada (glositis) y la mucosa adquiere un aspecto rojo brillante con erosiones o ulceraciones dolorosas en su superficie. También es posible observar lesiones erosivas en el margen anal y la mucosa

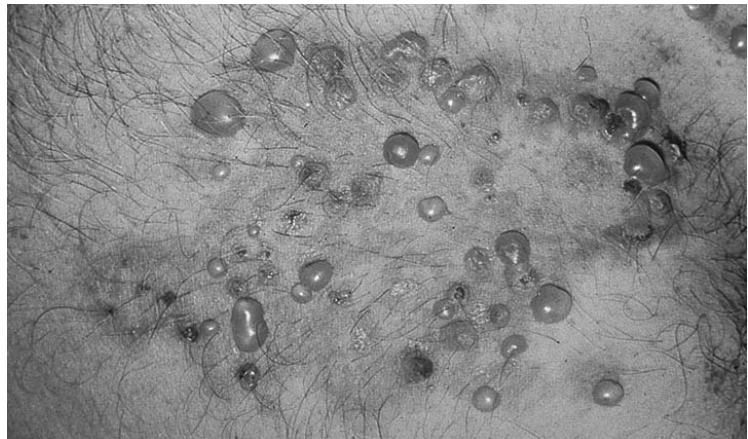
genital. Estas alteraciones mucosas se consideran secundarias fundamentalmente a deficiencia de vitaminas del grupo B y ácido fólico.

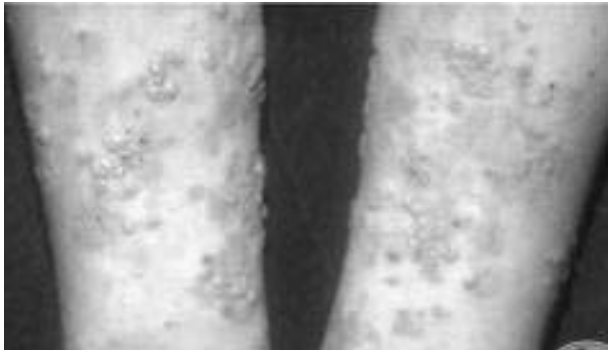
Los déficits de vitaminas C y K pueden manifestarse con manchas rojas de diferentes tamaños y localizaciones llamadas petequias y equimosis.

El crecimiento del pelo y de las uñas suele estar enlentecido y puede haber una pérdida parcial y difusa del cabello, las cejas, las pestañas y el vello corporal. Las uñas, además, suelen ser frágiles y quebradizas pueden mostrar estrías longitudinales o transversales (líneas de Beau), erosiones superficiales e incluso perforaciones. Las carencias de proteínas y la deficiencia de calcio parecen las principales causas de estas anomalías. Cuando existe deficiencia de hierro las uñas pueden adoptar formas anómalas (uñas en cuchara).

Dermatitis Herpetiforme o Enfermedad de Dühring

La dermatitis herpetiforme fue descrita por Louis Dühring en 1884. Fue el primer dermatólogo





*Manifestaciones clínicas
de dermatitis de Dühring
Erupción pápulo ampollar
Importante prurito
Lesiones predominio
en las superficies extensoras de los
miembros (codos/rodillas/ glúteos y
cuero cabelludo)
Lesiones de rascado*

go estadounidense en dar nombre a una afección dermatológica.

En el año 1965 aún no se asociaba a la dermatitis herpetiforme (DH), descrita más de 80 años antes, con EC. Esta asociación es considerada hoy obligatoria. La enfermedad de Dühring constituye la expresión cutánea de la EC.

La dermatitis herpetiforme es una enfermedad ampollar autoinmune generada por una intolerancia al gluten ingerido en la dieta, genéticamente determinada. Es una de las manifestaciones extraintestinales de la EC.

Puede manifiesta a cualquier edad pero es más frecuente en la 3ª década de vida. En adultos afecta más frecuentemente a varones (2/1), mientras que en la infancia predomina en el sexo femenino.

Cursa con intenso prurito (picazón) o ardor, por lo que a menudo predominan las excoriaciones por rascado. Las lesiones se distribuyen de manera simétrica, preferentemente en zonas de extensión de los codos, las rodillas, las nalgas y hombros. Son

lesiones que presentan vesículas y costras. Las vesículas pueden pasar desapercibidas dejando cicatrices y pigmentación residual. En general el paciente presenta un curso crónico durante el cual se realizan diagnósticos erróneos de reacciones alérgicas con escasa respuesta a los tratamientos instituidos.

El dermatólogo es, en ocasiones, el especialista encargado de realizar el diagnóstico de enteropatía sensible al gluten a través de la dermatitis de Dühring que puede oficiar como carta de presentación.

Manifestaciones clínicas de dermatitis de Dühring

- Erupción pápulo ampollar
- Importante prurito
- Lesiones predominio en las superficies extensoras de los miembros (codos/ rodillas/ glúteos y cuero cabelludo)
- Lesiones de rascado

LA DH se diagnostica primero con un análisis de sangre en el que se observan los indicadores de la celiacía (antigliadina - antiendomiso - antitransglutaminasa tisular) y en segundo lugar se realiza una biopsia de alguna vesícula, la que se envía para estudio histopatológico y se somete a una técnica de inmunofluorescencia para detectar depósitos de anticuerpos en la piel. Todos los pacientes con DH deben llevar una dieta libre de gluten, de forma indefinida. El efecto de la dieta sobre el picor y la erupción cutánea puede retrasarse hasta 1-2 años, motivo por el cual en muchos casos es necesaria la introducción de medicamentos por vía oral. Estos medicamentos actúan muy rápidamente controlando los síntomas cutáneos, sin embargo, no mejoran las manifestaciones intestinales de la EC. Por consiguiente, al principio serán necesarios tanto los fármacos como la dieta sin gluten. El fármaco más utilizado para el tratamiento es la dapsona, un antibiótico de tipo sulfonamida que es útil por su efecto antiinflamatorio en la piel, y no por su efecto antimicrobiano. Mejora la picazón en pocas horas tras la primera pastilla, y debe mantenerse durante meses, todo el tiempo necesario hasta que la dieta libre de gluten surta efecto. Existen otros medicamentos del mismo grupo que también puede ser útiles si el paciente no tolera o no puede tomar dapsona.

Enfermedades autoinmunes asociadas

Los pacientes con DH presentan una incidencia aumentada de enfermedades autoinmunes asociadas. Las tres más frecuentemente asociadas son las enfermedades de la tiroides, la anemia perniciosa y la diabetes mellitus. Así pues, los pacientes deben ser examinados por su médico anualmente para detectar precozmente la posible aparición de estas enfermedades. La asociación más frecuente es la patología tiroidea (15- 20% de pacientes).

Otras referidas menos frecuentemente son:

- Enfermedad de Addison
- Hiperparatiroidismo
- Lupus eritematoso
- Hepatitis autoinmune

- Síndrome de Sjogren
- Nefropatía con depósitos mesangiales de IgA
- Vitiligo
- Psoriasis

Conclusiones

Es importante consultar al médico dermatólogo aunque más no sea para disipar dudas cuando se presenta un brote cutáneo similar al descrito, y luego del diagnóstico, tomarse seriamente el tratamiento para evitar posibles complicaciones. Y es igualmente importante no hacer un auto-diagnóstico y eliminar el gluten de la dieta o ingerir algún medicamento porque esto puede ser muy peligroso para la salud.

*El dermatólogo es, en ocasiones,
el especialista encargado de
realizar el diagnóstico
de enteropatía sensible al gluten
a través de
la dermatitis de Dühring
que puede oficiar como carta
de presentación*



Dra. Ana Karina Ochoa

*Médico Dermatólogo
Jefe de trabajos Prácticos de
la Cátedra de Dermatología de la
Fac. de Ciencias Médicas
de la UNLP
Colaborador docente
de la Cátedra de Trasplante
de la Fac de Ciencias Médicas
de la UNLP
Docente Carrera de
Especialización en Dermatología
de la Fac de Ciencias Médicas*

de la UNLP

*Médico autorizado de la Unidad de Trasplante Renal
CRAI-SUR HIGA "Gral. San Martín"*

Enfermedad celíaca y piel en pediatría

La enfermedad celíaca (EC) puede manifestarse en la piel, las mucosas, el pelo y las uñas.

¿Cuáles manifestaciones cutáneas me pueden hacer sospechar una EC?

Piel: seca, con descamación

Mucosas: en la boca pueden verse aftas e inflamación de la lengua. En mucosa genital y región perianal: erosiones (lastimaduras).

Pelo: el cabello se presenta fino, quebradizo, ralo, opaco, con poco crecimiento y con pérdida del mismo.

Uñas: sin brillo, frágiles, con estriaciones longitudinales o transversales.

¿Cuándo sospecharla en el niño y el adolescente?

La EC se puede presentar en piel como un brote que ocasiona mucha picazón. Esta dermatosis crónica es conocida con el nombre de Dermatitis herpetiforme (DH) o enfermedad de Dühring-Brocq.

¿Cuándo sospechar una Dermatitis herpetiforme?

Frente a un “brote” de la piel formado por pequeñas ampollas que suelen agruparse, dando un aspecto herpetiforme o sea parecido a la infección por el virus del herpes simple. Se localizan en mentón, codos, rodillas, glúteos, región sacra, en la zona de los omóplatos y la parte posterior del cuello. (Fotos 1 y 2)

Las pequeñas ampollas o vesículas se rompen fácilmente por el rascado provocando erosiones y costras que dejarán pequeñas marcas residuales blanquecinas.

Este brote se acompaña de intensa picazón o ardor.



Foto 1



Foto 2

¿Qué otras enfermedades de la piel se pueden asociar con la Enfermedad Celíaca?

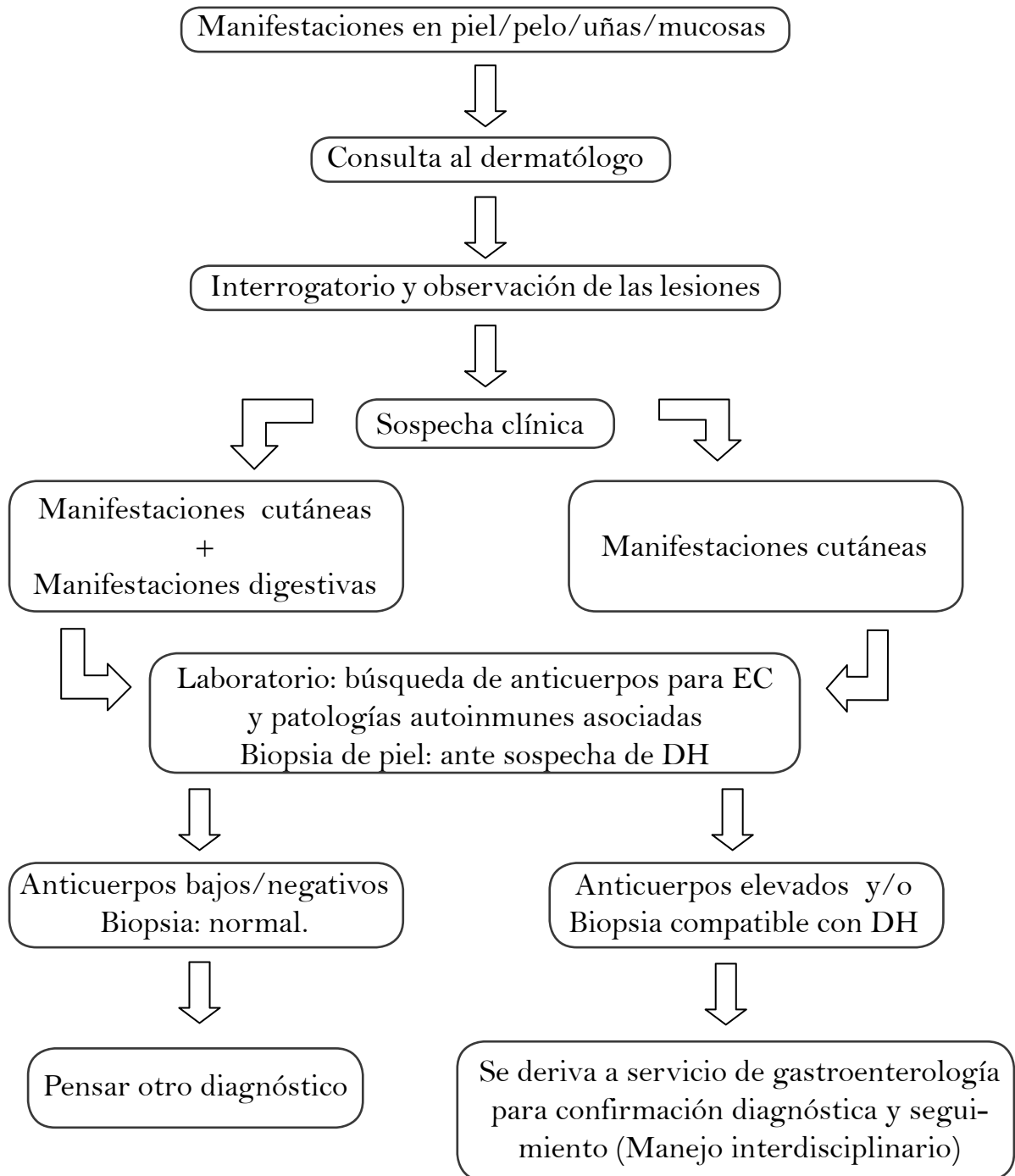
El vitiligo, la psoriasis, y la alopecia areata (“peladilla”).

Los niños con EC sin diagnóstico, pueden tener un peso y talla adecuada, pueden lucir completamente sanos, ser asintomáticos o con manifestaciones muy sutiles. Por eso, el reconocimiento de mínimas lesiones en piel puede conducir al diagnóstico temprano de la EC.

En ocasiones, es el especialista de piel (dermatólogo) quien llega al diagnóstico de la EC.

Por último, prestar atención a estas manifestaciones cutáneas ya que pueden ser la única expresión de la EC en los niños.

¿Cuándo y como interviene el dermatólogo en el diagnóstico de la EC?



Dra. Carolina N. Bello. Servicio de Dermatología del Hospital de Niños "Sor María Ludovica". La Plata
Agradezco la revisión del manuscrito y las fotos a la Dra. Alicia Rositto.

Sensibilidad al gluten no celíaca

Se estima que puede llegar a afectar al 6% de la población

Durante muchos años observamos como espectadores a niños que presentaban los mismos síntomas que nuestros pacientes con diagnóstico de enfermedad celíaca pero en quienes la serología y los estudios de endoscopía digestiva alta eran normales.

Para estos niños se ensayaron varios cambios alimentarios (dietas de exclusión a la proteína de leche de vaca) tratamientos antiparasitarios, y también se utilizaron probióticos.

Muy frustrante fue observar que regresaban a las consultas con igual sintomatología persistiendo las deposiciones líquidas y el escaso progreso de peso.

Durante el año 2005, durante una búsqueda bibliográfica que nos ayudara a investigar la causa por la cual algunos niños se comportaban así, encontramos una publicación donde se hacía referencia a niños con estas características en quienes al retirarse el gluten de la dieta (aun con serología y biopsia normal) los mismos respondían excelentemente.

En ese momento nos resultó muy novedoso y decidimos implementarlo en nuestros pacientes difíciles. Grata fue nuestra reacción cuando pudimos comprobar que la respuesta clínica fue excelente lográndose controlar los síntomas.

Esta observación fue descripta por Cooper y Cook en 1978.

En los últimos años se han multiplicado las publicaciones donde se hace referencia a esta entidad la cual se ha nombrado como **sensibilidad al gluten**.

Dos formas sin TACC

En la actualidad se asume que el gluten está detrás de múltiples patologías. La más estudiada y mejor conocida es la **enfermedad celíaca**, que afecta al 1% de la población. Aunque mucho menos frecuente, también existe la **alergia alimentaria al gluten**. Sin embargo, la situación patológica causada por la ingesta de gluten más frecuente (se estima que llega a afectar al 6% de la población) recibe el nombre de **sensibilidad al gluten no celíaca**.

Esta entidad, para la cual aún no existen pruebas diagnósticas, ha adquirido un gran protagonismo en los últimos años. Esta es la razón por la que muchas personas están haciendo dieta sin gluten.

La **enfermedad celíaca** es la forma de sensibilidad al gluten más estudiada y mejor conocida. Según la definición más reciente, publicada en 2012 por la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN, European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition), la enfermedad celíaca es un desorden sistémico con base inmunológica provocado por la ingesta de gluten en individuos genéticamente predispuestos.

Se caracteriza por la presencia de una combinación variable de manifestaciones clínicas dependientes de gluten, anticuerpos específicos en sangre y enteropatía. Se trata de la patología crónica intestinal más frecuente y afecta, en promedio, al 1% de la población, siendo su distribución mundial.

La **enfermedad celíaca** no diagnosticada puede suponer un perjuicio para la salud a largo plazo. Están descritas numerosas alteraciones de tipo autoinmune, endocrino, neurológico, psiquiátrico o ginecológico cuya aparición puede verse favorecida en estos casos por el consumo continuado de gluten.

La sensibilidad al gluten no celíaca es un concepto más amplio y menos definido que engloba a aquellos pacientes en los que el gluten parece ser el responsable de la patología que padecen, en base a la evidencia clínica, a pesar de que las pruebas diagnósticas de enfermedad celíaca son negativas.

Diagnóstico de la sensibilidad al gluten no celíaca

Por el momento, no hay pruebas específicas de diagnóstico para la sensibilidad al gluten no celíaca, por lo que el mismo requiere descartar primero la celiacía (o cualquier otra patología que se sospeche, incluida la alergia al gluten) y hacer, después, una dieta sin gluten (SIN TACC) para verificar si el paciente se recupera. En caso afirmativo, se recomienda reintroducir temporalmente el gluten en su alimentación para comprobar si hay recaída. Si es así, será diagnosticado de sensible al gluten no celíaco.

Los primeros estudios realizados han detectado prevalencias en torno al 6%. Tal vez sea este el motivo por el que un número cada vez mayor

de personas hacen dieta sin gluten a pesar de no ser celíacas, o que deciden hacerla por su cuenta sin ningún tipo de recomendación médica.

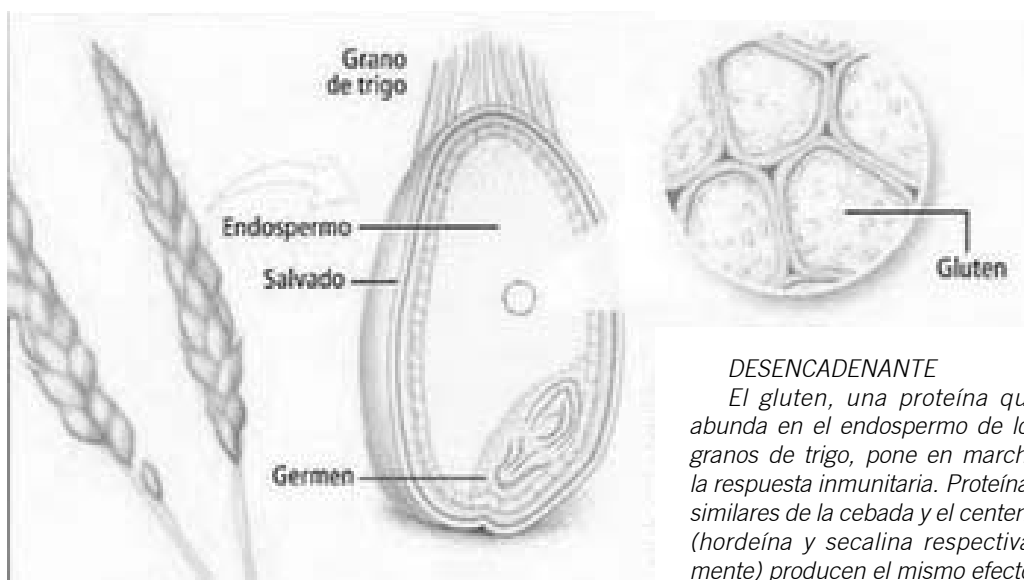
Alergia alimentaria al gluten

La **alergia** a cereales con gluten puede ser causada por el propio gluten o bien por otros componentes de estos cereales. En conjunto, no afectan a más del 0,1% de la población. Si la alergia es provocada por el gluten, suele ser una alergia de tipo alimentario y su diagnóstico requiere realizar las correspondientes pruebas cutáneas (prick test) y valorar en sangre los niveles de inmunoglobulina E (IgE) específica. En el caso de ser positivas, la alergia debe ser confirmada con una prueba de provocación controlada en un centro sanitario.

Las manifestaciones clínicas de la sensibilidad al gluten incluyen un amplio abanico de síntomas y signos clínicos. Además de la variedad de síntomas digestivos con los que se puede presentar vómitos, diarrea, estreñimiento, distensión abdominal, meteorismo, dispepsia, etc. La severidad o intensidad de los síntomas es variable.

El Gluten

Es una proteína presente en el trigo, la cebada,



el centeno y, en menor proporción, la avena. Es el responsable de la elasticidad de las masas elaboradas con harina de estos cereales y permite que, con la fermentación, el pan obtenga volumen, consistencia elástica y esponjosa. Además, su empleo por parte de la industria alimentaria, ya sea como ingrediente, aditivo o por razones tecnológicas, está muy extendido en la elaboración de productos que no proceden de dichos cereales, como puede ser un yogur o latas de tomates, arvejas etc. Por este motivo, la mayoría de los productos manufacturados que podemos encontrar en cualquier establecimiento de alimentación no pueden ser consumidos por las personas que padecen algún tipo de sensibilidad al gluten.

La dieta sin gluten obliga, por tanto, a evitar todos aquellos productos cuya materia prima es el trigo, la cebada, el centeno o la avena, SIN TACC.

¿A qué se debe el auge o la moda de la dieta sin gluten?

Por un lado, la enfermedad celíaca, aunque continúa siendo una gran desconocida, incluso para los propios médicos responsables de su diagnóstico, especialmente los clínicos no pediátricos, cada vez se diagnostica mejor. A esto hay que sumar el gran número de sensibles al gluten no celíacos que están siendo diagnosticados actualmente y que, por tanto, deben hacer también dieta sin gluten. Esto hace que la dieta sin gluten sea cada vez más conocida en la sociedad.

Por otro lado, están los fabricantes de productos especiales sin gluten (que emplean materias primas alternativas a los cereales con gluten), así como los que elaboran productos de consumo general, que cada vez más evitan utilizar ingredientes que contengan gluten. Ellos también están contribuyendo al mejor conocimiento de la dieta sin gluten. También hay que tener en cuenta el papel de las asociaciones de pacientes que, dado el aumento en el número de casos, disponen de más medios para reclamar una mejor calidad de vida para ellos, y trabajan con



administraciones públicas, personal sanitario, fabricantes, profesionales de la hostelería e incluso medios de comunicación para lograr este fin.

La enfermedad celíaca debe ser considerada un problema de salud pública dada su elevada prevalencia, más aún si se empiezan a considerar los casos de sensibilidad al gluten no celíaca. Estas patologías no conllevan complicaciones graves cuando son detectadas precozmente. Sin embargo, el retraso en el diagnóstico convierte al paciente que ve afectada su calidad de vida y generará un mayor gasto sanitario.

Dra. Luciana Guzman
Gastroenteróloga Infantil
Servicio de Gastroenterología
del HIAEP Sor Maria Ludovica
Representante de Celiared



El medicamento

Los productos farmacéuticos pueden contener gluten, harinas, almidones u otros derivados para la preparación de sus excipientes

Colegio de Farmacéuticos
de la Provincia de Buenos Aires
Departamento Científico

En un medicamento, un *excipiente* es una sustancia distinta del principio activo (responsable de la actividad farmacológica), que se añade para conseguir la forma deseada -cápsula, pomada, comprimido o jarabe- y ayuda a que el principio activo se formule de manera estable, eficaz y, sobre todo, segura para el consumidor. Se trata pues de una o más sustancias que se incorporan para facilitar la preparación, conservación o administración del medicamento. Los excipientes, por tanto, aunque forman parte del medicamento, al no ser activos farmacológicamente no actúan sobre la enfermedad ni sobre sus síntomas.

Los excipientes son colorantes, conservantes, sustancias aromáticas, diluyentes, etc. Aunque no tengan actividad terapéutica, los excipientes no están totalmente exentos de efectos: algunos de



y los excipientes

ellos pueden ser origen de alergias o reacciones de intolerancia; por ello, se contempla la obligación de detallar su composición en el envase y en el prospecto de los medicamentos.

Así pues, en el prospecto del medicamento constan todos los excipientes de forma cualitativa (y/o cuantitativa) que el Ministerio de Salud considera de riesgo para grupos concretos de pacientes. En Argentina, el ANMAT exige el detalle de los siguientes excipientes en medicamentos que los contengan: alcohol, tartracina (colorante que provoca frecuentes reacciones alérgicas), aspartame (debe evitarse en pacientes fenilcetonuricos) y sorbitol (por las frecuentes diarreas que produce). Cabe destacar que los productos dietarios no son considerados medicamentos, por ello las exigencias en la declaración de sus componentes es mucho menor, no quedando exentos de los daños o efectos que pueden presentar a los consumidores al contener sustancias en su composición como excipientes anteriormente mencionados.

Excipientes aptos y no aptos para celíacos:

El gluten es una proteína presente en el trigo, centeno, avena y cebada. Aunque se halla, sobre todo, en los alimentos, también puede haber trazas en otros productos, como medicamentos, complejos vitamínicos y en la banda adhesiva de los sobres, entre otros. Los productos farmacéuticos pueden contener gluten, harinas, almidones u otros derivados para la preparación de sus excipientes. Es frecuente el uso de almidón de trigo como excipiente. El término “almidón” se utiliza, a menudo, para denominar al producto industrial extraído de las semillas de cereales (trigo, arroz y maíz, entre los más comunes).



A pesar de que el almidón de maíz y de arroz no tienen gluten, no sucede lo mismo con el almidón de trigo: en función de la forma de lavado al separarlo del gluten, puede contener trazas. Por ello, hay que evitar los alimentos que avisen en su etiquetado de la presencia de almidón y almidón modificado. Del mismo modo, hay que evitar los medicamentos que lo utilizan en forma de excipientes.

Recomendación del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires:

Si tienes dudas con el medicamento que necesitas utilizar, acercate al Farmacéutico, en cada farmacia de la Provincia de Buenos Aires hay un farmacéutico para asesorarte.

“UN MEDICAMENTO UN CONSEJO DEL FARMACÉUTICO”

**Colegio de Farmacéuticos
de la Provincia de Buenos Aires**

Departamento Científico

Calle 5 n° 966 – (1900) La Plata

www.colfarma.org.ar / [farmaceuticos@colfarma.org.ar](mailto:farmacuticos@colfarma.org.ar)

Recomendaciones para la manipulación



Desde la profunda convicción que el acceso a información actualizada, completa y confiable es un derecho de todos los ciudadanos y que esto cobra mayor dimensión si de esta información dependen las elecciones que determinan la vida saludable o no de los consumidores, hemos asumido el compromiso de garantizar el acceso a la información (en calidad y cantidad) que los consumidores de ALG y la comunidad en su conjunto necesitan. Desde la página web de ANMAT se puede acceder al Listado Integrado de Alimentos Libres de Gluten que han sido aprobados tanto por el Instituto Nacional de Alimentos (INAL) como por las Autoridades Sanitarias Provinciales. Se puede acceder desde el menú de inicio de la web (www.anmat.gov.ar) o directamente siguiendo este vínculo: http://www.anmat.gov.ar/Alimentos/libres_gluten/Alimentos_Libres_de_Gluten.asp

Como complemento a esta información, hemos desarrollado material destinado especialmente a los consumidores con las prácticas recomendadas para la manipulación casera de alimentos para evitar la contaminación involuntaria con gluten. Aquí les presentamos los mensajes claves de esta iniciativa.

Claves a tener en cuenta para la manipulación segura de ALG

El consumidor celiaco basa su dieta en alimentos que no contienen gluten, ya sea por sus características naturales o por su proceso, los denominados alimentos libres de gluten. La dieta debe seguirse estrictamente, ya que la ingestión de pequeñas cantidades de gluten puede producir lesiones de las vellosidades intestinales. Esta condición representa un desafío para la manipulación de alimentos a los fines de evitar la contaminación de los mismos: desde la compra hasta su consumo. En este artículo detallaremos las recomendaciones básicas que se deben seguir para evitar que un ALG se contamine y pueda de esta manera representar un riesgo para la salud.



✓ Lea las etiquetas de los productos: identifique el símbolo aprobado por la Autoridad Sanitaria con la leyenda "Sin TACC".

✓ Las Autoridades Sanitarias del país adoptaron el logo oficial identificatorio que es obligatorio para los alimentos sin TACC. El mismo permite una rápida y fácil identificación de los productos aprobados y fiscalizados como libres de gluten por la Autoridad Sanitaria. Asimismo puede utilizarse conjuntamente el símbolo propuesto por la Asociación Celíaca Argentina o el de ACELA.

✓ Verifique que los productos se encuentren en el listado integrado de alimentos libres de gluten aprobados por la Autoridad Sanitaria. Desde la página web de ANMAT se puede acceder al listado integrado de alimentos libres de gluten que han sido aprobados tanto por el Instituto Nacional de Alimentos (INAL) como por las Autoridades Sanitarias Provinciales. El mismo es actualizado bimensualmente y se

segura de Alimentos Libres de Gluten

puede descargar en formato imprimible http://www.anmat.gov.ar/Alimentos/libres_gluten/Alimentos_Libres_de_Gluten.asp

Así mismo se puede acceder de manera independiente a los datos actualizados de las Provincias de Santa Fe, Buenos Aires y San Luis como a las preguntas frecuentes realizadas por los consumidores a cerca del listado.

✓ Adquiera productos envasados y rotulados, donde pueda identificar los ingredientes.

✓ Adquiera sólo productos que conserven la integridad del envase, es decir que estén adecuadamente sellados/ cerrados y no presenten signos de apertura/ daños.

Ante la duda de si un producto puede contener gluten no lo compre.



✓ Separe los alimentos libres de gluten de los con gluten en el almacenamiento de los mismos

✓ Sea cuidadoso en la manipulación de los envases de los productos, evite que los mismos se dañen.

✓ Una vez abierto, almacene en contenedores separados y claramente identificados los ALG de los que no lo son.

Si sospecha que un producto se ha contaminado con gluten no lo utilice.



✓ Lávese las manos frecuentemente.

✓ Limpie minuciosamente todas las superficies que utilice para la preparación de los alimentos.

✓ No use los mismos utensilios de cocina para elaborar productos con gluten y productos sin gluten. Destine utensilios (contenedores, ollas) exclusivos para la elaboración/ almacenamiento de los alimentos libre de gluten.

✓ Los líquidos de cocción (ej. aceites, caldos, agua) deben ser exclusivos o de primer uso para los alimentos sin TACC.

✓ Elabore y manipule los alimentos para el celíaco, siempre separados del resto. Si no dispone de zonas separadas, prepare primero el menú sin gluten y luego el resto de los platos.

✓ Disponga de una zona para almacenar exclusivamente los alimentos especiales sin gluten.

Administración Nacional de Medicamentos,
Alimentos y Tecnología Médica.
Línea gratuita: 0800-333-1234
Fax: (011) 4340-0800-5252-8200 int. 1159
E mail: responde@anmat.gov.ar

El niño celíaco en la escuela

Actualmente el aumento del número de niños celíacos en edad escolar es notable. No obstante dicho crecimiento no ha sido acorde a un mayor conocimiento de la EC y la Dieta Libre de Gluten (sin TACC) por parte de la sociedad educativa ni de la sociedad en general.

Para afrontar estos problemas es necesario que exista una relación estrecha entre padres, profesores y alumnos y que la información fluya para que el niño celíaco no se sienta discriminado.

Cuando un celíaco concurra al comedor para hacer uso de sus servicios, se deberá previamente aportar a los responsables del centro educativo, el máximo de información posible. Las instituciones de autoayuda pueden brindar asesoramiento sobre ello.

Es importante que la Dirección del centro educativo conozca la condición de celíaco de ese alumno y lo apoye sin reparos, transmitiendo esa información a los profesores, preceptores, tutores y compañeros del niño como así también a los responsables de cocina y comedor.

Si el colegio dispone de cocina propia es conveniente que el cocinero se reúna con el celiaco o padres del niño para acordar un menú sin gluten. En el caso del niño celíaco se puede adaptar el menú para que se asemeje, en la medida de lo posible, al de los otros niños, aunque sin olvidar que una parte de su educación consiste en saber que hay ciertos alimentos que tiene que comer diferente a los demás (pan, pastas, etc.).

Si el comedor está gestionado por una empresa externa de catering, la Dirección del centro educativo deberá contactarse con la misma para solicitar se proporcionen menús sin gluten.

También es fundamental que los encargados del comedor estén bien informados y sensibilizados con el tema. Si el celíaco es pequeño, deben vigilarlo para comprobar que siga bien la dieta, que se le sirva la bandeja con el menú correcto y que no haga transgresiones (intercambio de alimentos con sus compañeros)

Desde el punto de vista educativo, es importante no

separar al niño celíaco en el comedor. Este ha de comer junto a sus amigos y debe ir aprendiendo a distinguir lo que puede o no ingerir o a decir no a los alimentos con gluten.

La empresa de catering, la cocina colectiva o escolar que elabora menús sin gluten, ha de ser consciente de la responsabilidad que adquiere, ya que está en juego la salud de las personas celíacas.

Tener siempre presente que mínimas cantidades de gluten, ingeridas en forma continua pueden mantener la atrofia de las vellosidades e impedir la normal recuperación de la mucosa intestinal, aunque la persona no presente síntomas.

Los menús que son enviados por la empresa de catering a los colegios, deben estar correctamente identificadas (termos, bandejas) con etiquetas indelebles.

Todo esto permite elevar la calidad de vida del celíaco en su entorno escolar y social.

Con el fin de propender a la atención integral de la problemática en la Pcia de Buenos Aires, la ley N° 14.129 en su Art. 3°, establece que “se garantizará la oferta en comedores escolares de todos los niveles educativos de dietas sin gluten y para el caso en que el alumno celíaco lleve su propia comida, los centros educativos deberán contar con la infraestructura necesaria para su adecuada conservación”.

Para ello, desde Ce.Di.Ce. decidimos acompañar a los Docentes, Manipuladores de Alimentos, Cocineros y Auxiliares de comedores escolares; capacitándolos para que, a través de la educación, hagan realidad el cumplimiento de una dieta sin TACC. Con ese objetivo, y mediante charlas, les proporcionamos las herramientas necesarias que permitan su aplicación práctica, real y concreta en la institución en la que se desarrollan profesionalmente, incorporando ideas alternativas, fáciles y sencillas.

Adherencia a la Dieta Libre de Gluten

La enfermedad celíaca (EC) es una enteropatía de base autoinmune que se presenta en sujetos genéticamente susceptibles. Está determinada por una respuesta inmunológica a la ingesta del gluten de trigo y otras prolaminas presentes en la avena, cebada y centeno. En nuestro país es una enfermedad frecuente, afectando en la población general, a una persona de cada 100.

La enfermedad tiene tres formas clínicas descritas a la fecha. La forma polisintomática o “clásica”, donde prevalecen las manifestaciones digestivas, la forma oligosintomática o monosintomática en las que predominan manifestaciones extradigestivas y la forma asintomática en la que el diagnóstico de la EC suele ser un hallazgo.

En la actualidad el único tratamiento es el cumplimiento estricto y de por vida de una dieta donde no solamente se excluya el trigo, avena, cebada y centeno sino también ciertos productos industrializados que pueden contener trazas (pequeñas cantidades) de gluten, utilizados como vehiculizante, en colorantes, espesantes, etc. o pueden aparecer como contaminantes de productos originados durante el proceso de elaboración.

Esto es lo que llamamos Dieta Libre de Gluten (DLG).

Con la realización estricta de una DLG, se logra la recuperación funcional y estructural (normalización de la serología y recuperación de las vellosidades intestinales) con desaparición de los síntomas previos a la implementación del tratamiento.

¿Qué es Adherencia al tratamiento?

La Organización Mundial de la Salud define la adherencia a un tratamiento, como el cumplimiento del mismo, de acuerdo con lo prescrito, en lo que se refiere a cantidad y persistencia a lo largo del tiempo indicado.

Los medicamentos son uno de los principales recursos terapéuticos para tratar algunas patologías. En el caso de la Enfermedad Celíaca, el único tratamiento es la realización de la DLG. Al tratarse de una enfermedad crónica, ésta debe realizarse durante toda la vida y, como la respuesta inmunológica puede gatillarse aún con mínimas cantidades de gluten, la misma debe

realizarse de forma estricta y de por vida.

Se considera que el porcentaje de adherencia a la DLG es en general muy bajo y que depende fundamentalmente de la forma clínica de presentación de la EC. Así, entre el 45 y el 65% de los pacientes sintomáticos respetan la indicación sin transgresiones mientras que sólo el 22% de los pacientes diagnosticados a través de estudios poblacionales (individuos asintomáticos) respetan la DLG a los 5 años de habérsela indicado (Fabiani et al).



paciente está acostumbrado.

Diferente palatabilidad de los alimentos. En una cultura alimenticia con el trigo como cereal principal, hay que aprender a alimentarse con otros cereales modificando las bases de la alimentación.

Mayor costo de los mismos. Los productos alimenticios que se sustituyen por aquellos que no contienen gluten son más caros, aumentando de este modo el costo total de la alimentación.

¿Cuáles son las principales consecuencias de la poca adherencia a un tratamiento?

1. Empeora la calidad de vida.
2. Genera una mayor probabilidad de recaídas y agravamiento de la enfermedad.
3. El no cumplimiento también puede desencadenar a causa de la malabsorción estados carenciales, como malnutrición (aún con peso normal) y desnutrición calórico proteico.
4. También puede aumentar el riesgo de aparición de enfermedades asociadas a corto o largo plazo, por ejemplo ciertos tipos de neoplasias.

¿Cuáles son las estrategias para aumentar la tasa de adherencia cuando prescribimos una DLG?

- Consulta con un profesional especializado y comprensivo en las inquietudes del paciente, que aclare todas sus dudas.

Es muy importante el primer contacto con el profesional idóneo que le transmita los primeros consejos dietarios.

Se debe tener un conocimiento profundo, haciendo hincapié en los intereses, necesidades e inquietudes del paciente.

¿Quiénes están involucrados en la falta de adherencia de la DLG?

- El paciente, familiares y/o amigos:

A veces, por desconocimiento de la enfermedad, no perciben el riesgo que representa el no cumplimiento de la DLG. Esto puede deberse también a dificultades para comprender las pautas del médico.

- El Profesional:

Escaso tiempo dedicado para la persona que acude a la consulta.

Dificultad para adaptar el tratamiento a la realidad y a las necesidades del paciente.

Falta de conocimiento con respecto a la enfermedad.

Falta de claridad en la terminología utilizada.

- El tratamiento:

La complejidad del mismo, exige al paciente estar sumamente entrenado a la hora de toma de decisiones.

El tratamiento implica un cambio de hábito lo que conlleva un cambio en la conducta social a la que el

- Educación acerca de la fisiopatología de la celiaquía.

Debe incluir una revisión en términos claros de la fisiopatología y de las posibles consecuencias de la no adherencia, así como también de los beneficios del acatamiento de la misma.

- Alentar al paciente a concurrir a una Asociación.

La concurrencia a una asociación de ayuda para personas celíacas, que conviven con iguales problemáticas a diario, puede ayudar en el día a día a resolver problemas relacionados con la dieta.

- Debe haber un seguimiento del paciente. Y control evolutivo de la enfermedad a través de estudios serológicos en tiempo y forma.

Es preciso monitorizar y evaluar la adherencia al tratamiento.

Se deben poder evacuar con claridad todas las preguntas que el paciente posea.

Cuando se indica una DLG, el profesional tratante debe ser consciente que esta debe ser estricta y de por vida. Esto significa que estamos pidiendo un cambio en la conducta alimentaria.

Es imprescindible conocer que todos los pacientes celíacos no van a estar igualmente motivados para la realización de la misma.

En 1982, Prochaska y Di Clemente, elaboraron un modelo para describir el proceso que transita el individuo hasta lograr el cambio de una conducta.

Debemos estar preparados para poder atender a los pacientes según la etapa de cambio de conducta en que se encuentre.

Así, hay pacientes que se encuentran en lo que se conoce como

- “Etapa Precontemplativa”, donde no demuestran interés en modificar la conducta. En este grupo se encuentran todos aquellos celíacos a los que se arribó al diagnóstico a través de estudios poblacionales, pacientes que no presentan ninguna sintomatología. En esta etapa el profesional debe abocarse a que el pacien-

te tome conciencia de los beneficios de cumplir una DLG. Tan importante como lo anterior es darle el tiempo suficiente para los cambios sin aturdir o apabullar al paciente.

- Otros, en cambio, concurrirán a la consulta en una “Etapa Contemplativa”, en donde existe cierta sensación de ambivalencia por parte del paciente. Si bien poseen conciencia de los beneficios, aún se destaca la parte negativa de la realización.

El profesional debe estar preparado, reafirmando los beneficios y reforzando la motivación. Estos pacientes, por lo general son pacientes con una sola manifestación extradigestiva de la enfermedad, por ejemplo: anemia crónica, infertilidad, osteoporosis, etc.

- Y por último están los pacientes que una vez diagnosticados, se encuentran en la “Etapa de Preparación y Acción”, donde están convencidos de los beneficios de la realización de la dieta.

Por lo general son pacientes en quienes se arribó al diagnóstico de EC por presentar amplia sintomatología digestiva, considerada forma clásica de la enfermedad que suelen ser los de mayor adherencia.

Podríamos concluir entonces, diciendo que los profesionales tratantes deben estar actualizados acerca de las diferentes problemáticas relacionadas con la enfermedad y de esta forma poder ofrecer a los pacientes y familiares conocimientos claros para concientizarlos y poder para aumentar la adherencia al tratamiento.

Andrea Baistrocchi
*Licenciada en Nutrición
de Unidad
de Soporte Nutricional
y Enfermedades Malabsortivas.
HIGA San Martín
de La Plata*



La alimentación del celíaco:

Como sabemos, la celiacía es una intolerancia permanente a las proteínas del gluten, presentes en el trigo, avena, cebada y centeno, y en todos sus derivados. Por eso, una vez diagnosticada, el único tratamiento consiste en mantener una dieta estricta sin gluten y de por vida.

Esto no quiere decir que la alimentación del celíaco sea incompleta! Frecuentemente se observa que la mala selección de alimentos, innecesariamente restrictiva en algunos casos, lleva a la carencia de nutrientes esenciales (como vitaminas y minerales). Esto puede deberse a que durante mucho tiempo se puso atención solo en la exclusión de los cereales tóxicos, sin dar mayor atención al déficit o exceso de los demás nutrientes. Sin embargo, hoy sabemos que una correcta alimentación debe incluir alimentos de todos los grupos; y esta norma no es solo para los celíacos sino para toda la población.

Hay alimentos conocidos como “seguros”: frutas y vegetales frescos, carnes frescas, huevos, etc... y todo alimento incluido en las listas de las asociaciones. Sin embargo, hay un grupo crítico de alimentos que muchas veces el celíaco elimina completamente “*por las dudas*”: el grupo de las “harinas” o “almidones”, cuya característica principal es su aporte energético y de ciertas vitaminas y minerales.

Si bien el trigo, la avena, la cebada, el centeno y sus derivados forman parte de él; **este grupo incluye también otros alimentos que sí están permitidos:** por ejemplo: maíz, arroz, papa, batata, choclo, mandioca, legumbres y todos sus derivados (polenta, almidón de maíz, harina de soja, panes y galletitas elaborados con las harinas permitidas, etc).



Estos alimentos deben ser consumidos diariamente, en las porciones recomendadas por su nutricionista, ya que forman parte de una alimentación completa.

Es muy importante estar bien informado y mantenerse en contacto regularmente con su médico, su nutricionista y las asociaciones; quienes brindarán orientación para llevar una alimentación completa y equilibrada, libre de gluten.

una alimentación equilibrada

Soy celíaco... y ahora, qué hago?

Debido a que las manifestaciones clínicas de la celiaquía varían mucho de un paciente a otro; al momento del diagnóstico, hay quienes tienen muchos síntomas y quienes no.

En las personas sin síntomas, se indica simplemente eliminar los alimentos con gluten y proseguir con la alimentación habitual.

Sin embargo, en las personas que presentan manifestaciones severas al momento del diagnóstico, como diarrea; **además de la restricción de gluten, se debe realizar una dieta especial para mejorar los síntomas y luego ir reintroduciendo alimentos de a poco hasta llegar a una alimentación normal, sin gluten.** Para estos pacientes, vamos a ir describiendo las diferentes etapas de “*reintroducción de alimentos*”. Es importante destacar que debe hacerse gradualmente, poco a poco, evaluando la tolerancia y progresando a medida que se observa mejoría.

Etapas 1 (“etapa aguda”):

El objetivo es brindarle al organismo alimentos fácilmente digeribles, que puedan ser bien aprovechados y de esta forma ayuden a recuperar al intestino lesionado.

Alimentos que suelen ser bien tolerados desde el principio son: carnes magras (ya sea carne roja, pollo o pescado), quesos magros, arroz, polenta, ciertos vegetales cocidos (“fibra modificada”) como zanahoria, calabaza, zapallito y tomate sin piel ni semillas, algunas frutas cocidas (manzana, pera, durazno o damasco), gelatina, té, galletas de arroz.

Es necesario eliminar o reemplazar **temporalmente** una serie de alimentos, como por ejemplo leche, frutas y vegetales crudos (“fibra insoluble”), alimentos con mucha azúcar y/o con mucha grasa, frituras, etc.

En la mayoría de los casos, la respuesta a la dieta es rápida.

Etapas 2 (“etapa de transición”):

Cuando los síntomas van mejorando, es el momento de reincorporar gradualmente nuevos alimentos, por ejemplo yogurt descremado y más variedad de vegetales y frutas, en cocido y luego en crudo; siempre de acuerdo a la tolerancia individual. También puede probarse de a poco la tolerancia a la leche, aunque al principio en pequeñas cantidades.

Etapas 3 (“etapa de mantenimiento”):

Cuando el celíaco está completamente recuperado, comienza un plan de alimentación normal, completo y equilibrado, libre de gluten... Es el momento de aprender nuevas recetas e innovar en la cocina, para darle a su alimentación la mayor variedad posible.

Recuerda que las asociaciones brindan talleres de apoyo, recetarios, estrategias para llevar una alimentación libre de gluten... en conclusión: nos mantienen informados y actualizados.

No pierdas la oportunidad de contactarte!!

“Sólo puede perjudicarte aquello que no enfrentas”

Mariana Wüst / Lic. en Nutrición / MN 3890

Diabetes y celiacía

La diabetes es una condición que puede asociarse a la celiacía en un cierto porcentaje de individuos; y muchas veces esto duplica la angustia que sienten ellos y sus familiares, especialmente al momento del diagnóstico (*‘entonces no voy a poder comer nada?!’*).

Afortunadamente, tanto la diabetes como la celiacía tienen una cosa en común y es que **con un buen control, ambas condiciones permiten llevar una vida totalmente normal**; siendo el tratamiento nutricional uno de los pilares fundamentales.

Por esto, luego del diagnóstico, una de las primeras conductas que tomará el médico será derivar a un nutricionista, quien orientará al paciente y a sus familiares sobre la manera correcta de alimentarse.

¿Qué consideraciones habrá que tener en cuenta?

Al tratamiento de la celiacía, que consiste en llevar una alimentación saludable y completa sin TACC, agregaremos fundamentalmente 2 cosas:

- Limitar la ingesta de lo que llamamos ‘azúcares’ o **hidratos de carbono simples**: este grupo, además del azúcar común, incluye la miel, mermeladas, dulces, golosinas y gaseosas (excepto las que no tienen azúcar).
- Controlar las porciones de alimentos que aportan mucha cantidad de **hidratos de carbono complejos**: arroz, polenta, legumbres de todo tipo, papa, batata, mandioca, choclo, harinas permitidas y todos sus derivados. Estos alimentos son sumamente saludables y necesarios en la alimentación, por ello **no están prohibidos**; sin embargo **deben**

consumirse dentro de las porciones indicadas, para mantener la glucemia (*el ‘azúcar’ de la sangre*) dentro de los valores más convenientes.

Por lo demás, el plan de alimentación incluirá también alimentos de todos los demás grupos (vegetales y frutas, lácteos, carnes, huevos y grasas). El nutricionista será quien indique el tamaño de las porciones y la frecuencia de consumo recomendada de cada grupo de alimentos; que es **individual para cada persona** según sus requerimientos, sus hábitos, la actividad física que realiza y el tipo de tratamiento que reciba para la diabetes (por ejemplo: cuántas dosis de insulina requiere y en qué momento se las aplica).

Además, porque no todo es comer, recomendamos llevar hábitos de vida saludables en general, por ejemplo: practicar actividad física en forma regular, dormir diariamente la cantidad de horas necesarias, etc.

Y una cosa importante: informarse bien acerca de la celiacía y la diabetes, contactarse con las asociaciones y acudir a las reuniones de personas que se encuentran en la misma situación, ayuda a compartir las propias experiencias y enriquecerse con los conocimientos de los demás.

“La felicidad de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar”.
T. Chalmers.

Mariana Wüst

Lic. en Nutrición - MN 3890

Unidad de Soporte Nutricional y Enfermedades Malabsortivas- HIGA Gral San Martín, La Plata

Pancitos fáciles y rápidos

Ingredientes

- 400 gr. harina sin TACC
- Sal a gusto
- 3 cdas aceite
- 3 cditas leudante permitido
- 4 cdas leche en polvo
- Soda, cantidad necesaria

Preparación

Mezclar los ingredientes. Formar una masa homogénea, ni chirla ni dura para que pueda colocarse en asadera aceitada. Se vuelcan cucharadas de masa, formando pancitos. Se cocinan a horno moderado 20'.

Pan para la máquina de pan

Ingredientes

Colocar todo en este orden,
los ingredientes:

- agua tibia 400 ml
- 1 huevo batido
- aceite 5 cucharadas
- azúcar 2 cucharaditas
- sal 1 cucharadita
- leche en polvo (apta)
4 cucharadas soperas
- premezcla 4 tazas
medianas previamente tamizadas
- un sobrecito de levadura Levex



Preparación

La taza es la medida de la máquina.
Programa de tiempo rápido 7,
pan grande, color oscuro.

Pan lactal en microondas

Ingredientes:

- 250 gr de premezcla, 250 cc de leche tibia,
- 25 gr de levadura fresca,
- 1 cda de polvo leudante,
- 1 cda de azucar,
- 1 cdta de sal

Preparación

Coloque la levadura con el azúcar y una parte de la leche tibia en una taza. Deje espumar. Mientras tanto, coloque los ingredientes secos (premezcla, polvo leudante, sal) en un bol. Mézclele la levadura espumada y el resto de la leche, bátilo unos minutos. Coloque la mezcla, que quedará bastante líquida, en un molde de budín inglés enmantecado y enfeculado. Si lo desea, puede duplicar la cantidad y utilizar un molde más grande.

Deje leudar en lugar templado aprox 1 hora y hornée en el microondas 7 minutos al 60% y 2 minutos más al 100%. Envuelva caliente en un repasador hasta que se enfríe para evitar que se seque.

Tante Gretty

Masa de empanadas o tartas

Ingredientes

- 200 gr. Premezcla
- 1 huevo
- 1 cda. de aceite
- 1 cdta. de sal
- 75 cm³ de agua
- optativo 50 gr. de manteca o margarina



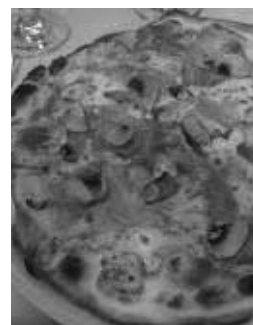
la masa, amasarla bien con la margarina, estirar la masa restante en forma de rectángulo, poner en el centro y a lo largo la masa con margarina y envolverla. Hacer los cuatro dobleces como en el hojaldre, dejar descansar media hora en la heladera bien tapada y luego estirar sobre fécula de maíz.

En caso de no usar margarina solo estirar sobre fécula de maíz y cortar tapas para empanada o tartas siempre recordando cerrar pintando con huevo y no con agua, para hacerla más tierna usar una cucharada de postre al ras de leudante por receta.

Pizza

Ingredientes

- 500 gr. de premezcla
- 400 cm³ de agua o leche, o ½ y ½
- 1 huevo
- 1 cda. sopera de aceite
- sal a gusto
- 50 gr. de levadura fresca



Preparación

Mezclar bien la leche o agua, el huevo, el aceite y la sal, reservando 50 cm³ para disolver la levadura y agregarle la premezcla, batir con gancho amasador, cuchara de madera o a mano hasta lograr una masa lisa, homogénea y chirla. Si fuera necesario utilizar un poco más de agua o leche. Disolver la levadura con agua tibia o leche e incorporar al batido anterior, mezclar por 2 minutos y utilizar. Estirar con espátula aceitada en una pizzera igualmente aceitada, dándole forma de pizza, o armar pizzetas con la ayuda de una cuchara. Dejar que leve solo un poco y hornear.

Preparación

Colocar todo junto en batidora con gancho de amasar. Los líquidos mezclarlos bien entre sí, antes de incorporarlos al batido.

Con la margarina podemos trabajar la masa hojaldrándola, para eso separar la tercera parte de

Masa de lasagna

Ingredientes

- 250g de Premezcla (2 tazas)
- 2 huevos
- 1 cdita. de sal
- 1 cda. de aceite
- 1 chorrito de agua
- fécula de maíz para espolvorear

Preparación

Poner en forma de corona la premezcla y la sal e incorporar los huevos, el aceite y el agua. Formar una masa tierna. Dejar reposar 1/2 hora, estirar espolvoreando la mesada con fécula de maíz.

Fuente: T. Gretty

Chipá

Ingredientes

- 500 gr. de mandioca
 - 50 gr. de margarina
 - 50 gr. de manteca
- (optativo: puede reemplazarse la manteca y la margarina por 100 gr. de grasa)
- 1/2 taza de leche
 - Sal a gusto
 - 2 huevos
 - 1 cda al ras de leudante Sin TACC
 - 100 gr. De queso cáscara colorada o port salut (ó 170 gr. De queso rallado)

Preparación

Prender el horno. Cortar el queso, la manteca y la margarina en cubitos finos y mezclarlos. Agregarle la mandioca y el leudante, y trabajarlo con los dedos hasta unir todo. Agregar los huevos, la leche salada y amasar. Colocar bollitos chiquititos sobre una asadera enmantecada y hacerle cruces con un cuchillo. Cocinarlos en la parte superior del horno 10 ó 15 minutos hasta que estén dorados abajo y darlos vuelta.

Ravioles

Ingredientes

- 1 taza harina sin T.A.C.C.
- ½ taza leche en polvo
- 1 cdita. sal
- Agua hirviendo, cantidad necesaria.

Preparación

Tamizar la harina Sin T.A.C.C. con la leche en polvo y la sal, y añadir agua hirviendo hasta formar un bollo. Volcar en la mesada y amasar, incorporando un poco de harina hasta obtener una masa elástica y lisa.

Llevar a la heladera, una vez fría la masa, estirla bien finita. Pintar con yema batida toda la masa, marcar sin cortar y dentro de las marcas colocar trocitos de relleno y tapar. Cortar presionando bien los bordes.

Opción del Relleno: ricota condimentada con sal, pimienta, nuez moscada y queso rallado.

Biscochitos

Ingredientes

- 150 grs. margarina
- 3 tazas de premezcla
- 1 cdita. polvo de hornear
- apto sin tacc
- 1 taza de agua fría
- sal



Preparación

Colocar todos los elementos secos en un recipiente. Luego agregar la margarina a temperatura ambiente y con los dedos integrar.

Incorporar de a poco el agua bien fría hasta formar una masa que cueste unir.

Espolvorear la mesada, estirar la masa (1/2 cm de espesor). Cortar.

Horno 10 minutos.

Budín

Ingredientes

- 180 Grs. Premezcla
- 2 cditas Polvo Leudante colmadas
- 4 Yemas
- 4 Claras
- 100 Grs. Manteca
- 1 Yogur Vainilla
- (Tamaño Vasito Serenísima)
- 200 Grs Azúcar
- 200 grs Frutas Secas/ Abrillantadas/ Pasas De Uva/ Nueces/ Trocitos Chocolate (Optativo)

Preparación

Se bate la manteca con el azúcar hasta obtener una crema, se agregan de a una por vez las cuatro yemas batiendo bien después de cada adición, luego agregar el yogur y las harinas cernidas previamente con el leudante.

Por último se agregan las 4 claras batidas a nieve con tres cucharadas de azúcar.

Mezclar suavemente.

Agregar frutas espolvoreadas con polvo leudante y/o fécula de maíz.

Colocar en molde enmantecado y enharinado.

Cocinar a horno moderado 40 a 50 minutos (molde budin ingles o savarin)



Bizcochuelo

Ingredientes

- 6 yemas
- 6 claras
- 1 ½ taza de fécula de maíz
- ¾ taza de azúcar
- 1 cdita. de polvo de hornear (apto celíacos)
- ½ cdita. sal fina
- ¼ cdita crémor tártaro
- 1 cdita. esencia de vainilla o ralladura de cáscara de ½ limón

Preparación

Cernir la fécula de maíz con el polvo de hornear. Luego batir las yemas con el azúcar y la ralladura. Por otro lado batir las claras a punto merengue con la sal y crémor tártaro. Agregar a las yemas la fécula de maíz poco a poco, intercalando con las claras. Mezclar suavemente. Una vez finalizado, colocar la preparación en un molde enmantecado y cocinar en horno moderado durante 40 minutos aproximadamente. Desmoldar sobre rejilla.

Torta sacher

Ingredientes

- 100 g de manteca
- 120 de azúcar
- 60 g harina sin TACC
- 60 g pan rallado
- 4 huevos
- ralladura de una naranja
- 120 g de chocolate derretido

Preparación

Se bate manteca con azúcar, agregar chocolate derretido con un poco de leche, luego yemas, harina sin TACC y pan rallado, leudante, por último las claras batidas a nieve.

Una vez cocinada se le coloca arriba mermelada de ciruelas y un baño de chocolate



Churros

Ingredientes

- 1 vaso de harina sin gluten
- 1 vaso de agua
- Sal

Preparación

Hervir el agua, verterla sobre la harina y la sal, remover bien y dejar reposar por 5 minutos, Poner la masa en una churrera y echarla en la sartén con aceite bien caliente.

www.guiainfantil.com

Torta esponjosa de chocolate

Ingredientes

- 125 grs de fécula de maíz
- 125 grs de azúcar
- 1 cdita. de leudante
- 150 grs. chocolate para taza (apto celíacos)
- 125 grs. de manteca
- 4 huevos
- 3 cdas. de leche

Preparación

Batir la manteca con el azúcar, agregar un huevo entero y las yemas de a una. Derretir el chocolate con la leche sobre fuego suave e incorporar a la preparación anterior. Luego agregar la fécula de maíz con el leudante tamizados y por último las tres claras batidas a nieve.

Colocar la preparación en un molde savarín o budinera enmantecada y enharinada. Cocinar en horno mínimo durante 45 y 60 minutos.



Tarta de coco

Ingredientes para la masa

- 1 taza de premezcla
- 1 taza de fécula de maíz
- 1 taza de azúcar
- 2 huevos
- Vainillín
- 50 grs. de manteca

Preparación

Mezclar todos los ingredientes y dejar reposar en la heladera durante $\frac{1}{2}$ hora.

Luego preparar el relleno con los siguientes ingredientes:

- 120 grs. de coco rallado
- 50 grs. de manteca
- $\frac{1}{2}$ taza de azúcar
- 1 huevo

Enmantecar una tartera y colocar la masa con los dedos. Sobre ella esparcir $\frac{1}{2}$ Kg. de dulce de leche y por último agregar la preparación del coco. Cocinar en horno mínimo.

Torta de manzana

Ingredientes

- 4 manzanas verdes
- 1 taza premezcla
- 1 taza azúcar
- 1 cdita. leudante
- 4 huevos
- 100 grs. de manteca derretida fría

Preparación

Se hace caramelo en el molde. Sobre esto se coloca una parte de las manzanas cortadas finas.

Luego se mezcla la harina y el azúcar. Se coloca una taza de esta mezcla sobre las manzanas que están en el molde. Se pone otra capa de manzanas cortadas finas y sobre esto el resto de la prepara-



ción. Se batan los huevos se le agrega la manteca derretida fría. Todo esto se coloca sobre la preparación anterior ya colocada en el molde.

Se cocina a baño a horno moderado en baño maría hasta que dore. Se desmolda en caliente. Se puede servir tibia o fría con crema.

Palitos de limón

Ingredientes

- 1 huevo
- 2 claras
- 3 cdas. de aceite
- 4 cdas. de azúcar
- 400 gr. de harina sin TACC
- 1 cdita. de leudante sin TACC
- Ralladura de limón

Preparación

Batir enérgicamente durante 1 minuto todos los ingredientes menos la harina y luego agregar esta última. Volcar en la mesa, amasar y estirar. Cortar en forma de bastoncitos y llevar al horno en placa con rocío vegetal hasta que se doren. (También puede utilizarse esta masa para hacer tapitas de alfajores).

Cátedra Técnica Dietoterápica UCALP



Cheese cake de dulce de leche sin horno

Ingredientes

- Para la base:
 - Galletitas de chocolate sin tacc 200grs
 - Manteca 80 grs
- Para relleno:
 - Dulce de leche repostero 360grs
 - Crema de leche 360grs
 - Queso crema 360grs
 - Gelatina sin sabor 10grs

Para cubierta:

- Chocolate semiamargo 100grs
- Manteca 50grs
- Cognac 1 tapita

Preparación

Para la base: Moler las galletitas en la procesadora o aplastándolas dentro de una bolsa. Mezclar con la manteca derretida y cubrir un molde desmontable de 20 cm. Poner una tira de acetato en el interior.

Para el relleno: Mezclar el dulce de leche repostero con el queso crema (para que sea más fácil sacarlo 1 hora antes de la heladera). Batir la crema hasta lograr hacer trazos que se sostienen en la

superficie. Integrar todo agregando la crema en 2 o 3 veces y con movimientos envolventes. Hidratar la gelatina, agregar 3 cucharadas de la preparación anterior y mezclar bien para equiparar densidades. Recién ahora volcar a la mezcla y unir todo. Volcar la preparación sobre la base de galletitas. La gelatina la va a sostener un poco más. Enfriar al menos 3 horas para que tome bien la gelatina.

Para la cobertura: Picar el chocolate y fundirlo a baño maría o al microondas junto con la manteca. Agregar el cognac, mezclar bien y cubrir el cheese-cake antes de servir.

Fuente: Adaptación de receta de Cocineros Argentinos



Pasta frola

Ingredientes

- 1 huevo.
- 100 gramos de fécula de mandioca.
- 150 gramos de almidón de maíz.
- 3 cucharaditas de polvo leudante sin TACC
- 100 gramos de azúcar.
- 100 gramos de manteca.
- 300 gramos de dulce de membrillo o batata.

Preparación

• En un bowl mezclar los almidones/féculas con el polvo leudante, agregar la manteca previamente ablandada, el azúcar y el huevo.

• Trabajar la masa con las manos hasta que quede lisa y no se pegotee. Se puede ir agregando agua o almidón, según lo que se necesite para llegar a una buena consistencia.

• Para el relleno, en una cacerola colocar el dulce de membrillo cortado en cubos y agregar agua caliente. Llevar a fuegominimo. Con un pisa puré, aplastar el dulce, hasta formar la consistencia de una crema. Dejar enfriar.

• Enmantecar y enharinar con almidón un molde para horno. Estirar la masa en una mesada previamente enharinada con almidón. Forrar toda la superficie del molde. Reservar la masa sobrante.

• Volcar el dulce sobre la masa, estirar. Con la masa restante, extenderla y cortar tiras. Colocarlas entrecruzadas sobre el relleno.

• Pintar con huevo y hornear a temperatura moderada, durante 30 minutos

*Alumnos Escuela ORT
Dana Aguilera
4 Medios D*

Blinis

Ingredientes

- 200 cc Leche tibia
- 180 grs. Premezcla
- 1 cucharada azúcar
- 1 Yema
- 2 cucharaditas Aceite
- 1/4 cucharadita Sal
- 1 Clara batida a nieve
- 1 cucharadita Levadura seca

Preparación

Mezclar levadura, harina, azúcar, aceite, yema y agregar la leche, batir y dejar en un lugar templado cubierto hasta que leude.

Una vez leudado agregar la clara batida y dejar reposar unos minutos.

Colocar pequeñas porciones en una sartén aceitada.

Cuando forman burbujitas dar vuelta con espátula y dejar cocinar un momento

Se puede acompañar con dulce o salado.



