

ENTEROPATÍA PIERDE PROTEÍNAS COMO MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD CELIACA

Ramos-Rodriguez, Alicia; Extraviz-Moreno, Ana; García-Barrionuevo, Claudia, Muñoz-Cruzado-Rosete, Adrian; Trillo-Belizón, Carlos, Ramón-Salguero Jose Manuel. Hospital de la Axarquía, Málaga.

INTRODUCCIÓN

La enteropatía pierde-proteínas es una entidad sindrómica en la que las proteínas escapan hacia la luz intestinal por las uniones deficientes de los enterocitos en una mucosa anormal o inflamada o bien por aumento de la permeabilidad de los vasos linfáticos.

Clínicamente habrá edemas y síntomas gastrointestinales.

En la analítica es característico la hipoproteïnemia con hipoalbuminemia e hipogammaglobulinemia, así como linfopenia a expensas de linfocitos CD3+/CD4+.

El diagnóstico se confirma mediante la elevación de alfa-1-antitripsina en heces.

El tratamiento es de soporte aparte del etiológico.

Entre sus causas en Pediatría destacan: enfermedad inflamatoria intestinal, infecciones, trastornos eosinofílicos primarios, enteropatía inducida por alimentos y celiaquía.

CASO CLÍNICO

Lactante de 12 meses que presenta deposiciones acuosas sin productos patológicos (unas 5 deposiciones al día) de un mes y medio de evolución. Asocia vómitos y rechazo de las tomas y se ha mantenido afebril en todo momento. No hay ambiente infeccioso en domicilio. Está en tratamiento con fórmula hidrolizada y probióticos pautados por su Pediatra.

EXPLORACIÓN

Presenta un peso de 7.8 kg (p<1, -2.4DE) con mediano estado general, hígado y bazo palpables. Resto de la exploración normal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- En la analítica de sangre destaca una hipertirotrópinemia (12.4uUI/mL) con una T4 libre disminuida, así como un déficit de IgA (<15mg/dL), hipoalbuminemia (1.7g/dL) y calprotectina fecal en 697ug/g.

- El equilibrio ácido base y el sistemático y microscópico de orina son normales. Las pruebas microbiológicas en heces son negativas y la serología a celiaquía está pendiente.

- Se realiza ecografía abdominal en la que se aprecia distensión de asas con presencia de líquido libre leve y una invaginación ileo-ileal que se resuelve durante la exploración, sin organomegalias asociadas.

Se trata inicialmente con fluidoterapia a necesidades basales junto con ingesta oral y levotiroxina, con disminución de las deposiciones y mejoría del estado general.

EVOLUCIÓN

El tercer día de ingreso presenta un aumento de 920g de peso (+11.7%), así como edemas palpebrales y distensión abdominal progresiva. Se repite analítica en la que continúa con hipoproteïnemia (4g/dL) e hipoalbuminemia (1.8g/dL).

En nueva ecografía abdominal se evidencia marcada ascitis.

Sospechando enteropatía pierde-proteínas, se solicita alfa-1-antitripsina en heces y se maneja con soporte nutricional e infusión de seroalbúmina.

Se deriva a la paciente al hospital de referencia para estudio endoscópico en el que se describe una atrofia subtotal de vellosidades intestinales (MARSH 3B), compatible con **enfermedad celíaca**.

Se pauta fórmula elemental hasta mejoría clínica y posteriormente dieta sin gluten, remitiendo completamente el cuadro.

CONCLUSIONES

Aunque de forma infrecuente, la enteropatía pierde-proteínas puede ser responsable de la diarrea prolongada en un niño. El diagnóstico etiológico de la enteropatía pierde-proteínas es muy relevante para su adecuado manejo.