

8.3

ENFERMEDAD CELÍACA.



Hospital Zonal General de Agudos "Petrona V. de Cordero"
Servicio de Pediatría. Residencia de Clínica Pediátrica.

Autores: Dra. Sánchez Vera, María Martha (Instructora de Residentes);
Dra. Oliveri María Agustina (Jefa de Residentes). Dra. Esmoris Florencia. Dra. Balestrieri, Roxana.
Dra. Felix, Erica. Dra. Quintana Carrizo, María Victoria. Dra. González, Daniela. Dra. Carlos, Solange.
Dra. Gil, Ana Cristina. Dra. Rodríguez Belardinelli, Martina (Residentes).

Expertos Revisores: Dra. Luciana Guzman. Prof. Dr. Eduardo Cueto Rua.
Servicio de Gastroenterología. Hospital de Niños "Sor María Ludovica" de La Plata.
Cátedra de Grado y de Postgrado. Facultad de Medicina de la UNLP.

NIÑA DE 2 AÑOS DE EDAD CON DIFICULTAD EN EL CRECIMIENTO Y DISTENSIÓN ABDOMINAL.

Situación Clínica.

Mariana de 2 años de edad es traída a la consulta para control de salud. Como antecedentes personales es una niña recién nacida de término sin antecedentes de patología perinatal. Recibió lactancia materna exclusiva, incorporando alimentación complementaria a los 6 meses. Actualmente presenta una dieta variada, acorde a edad.

Se constata esquema de vacunación completo.

Es hija única de un matrimonio joven. Su madre presenta anemia crónica por lo que recibe hierro suplementario.

Al examen físico se observa adelgazada con peso por debajo del PC3, talla y PC en percentilo 50. Con descenso mayor a dos desvíos estándares en curva de peso con respecto a controles previos.

Presenta palidez cutáneo-mucosa, distensión abdominal, con gorgorismos, asociado a leve dolor a la palpación de manera difusa.

Resto del examen físico normal.

Al interrogatorio la madre refiere que la niña presenta más de 3 deposiciones diarias, pastosas o semilíquidas, fétidas, de más de 1 mes de evolución, que se intercalan con heces de características normales.

Reflexión Clínica.

1. ¿Qué diagnósticos presuntivos sugiere?
2. ¿Qué exámenes complementarios solicitaría inicialmente?
3. Dados los resultados de los exámenes iniciales. ¿Qué otro método diagnóstico solicitaría?
4. ¿Qué estudio solicitaría para confirmar su sospecha diagnóstica actual?

Comentario.

1. Los diagnósticos presuntivos probables, son:
 - Parasitosis (giardia, strongiloides, áscaris)
 - Desnutrición (por sobrecrecimiento bacteriano)
 - Fibrosis quística

- Enfermedad ambiental (con sobredesarrollo bacteriano y deconjugación de sales biliares)
- A/hipobetalipoproteinemia
- Enfermedad celíaca
- Alergia a la proteína de leche de vaca
- Linfangiectasia intestinal.

2. Los estudios solicitados inicialmente son: hemograma y parasitológico de materia fecal.

La madre trae los resultados de los estudios complementarios solicitados: Parasitológico fresco y seriado: normal.

Hemograma: fórmula leucocitaria normal, hemoglobina: 9mg/dl, VCM: 70, hematocrito: 28%.

3. Para continuar el plan de estudios diagnósticos, se realizar un estudio de materia fecal.

Esteatocrito: determinación cualitativa sobre la presencia de grasa en la materia fecal.

Anticuerpos específicos.

El test de Van de Kamer actualmente no se utiliza dado que la calidad de los test específicos para enfermedad celiaca hace que esta practica haya caído en desuso.

Siendo sus resultados:

Peso y aspecto de materia fecal: peso total: 150g, de aspecto esteatorreico.

Test de Van de Kamer: 3g/24hs

Dosaje de IgA total: normal

Anticuerpos IgA antitransglutaminasa: positivo, antiendomisio: negativo, péptidos deaminados de gliadina IgA: positivos.

4. La confirmación diagnóstica se realiza con la toma de biopsia intestinal.

5. Los datos obtenidos que nos permiten arribar al diagnóstico se basan en los siguientes criterios:

CUADRO 1. Guías, criterios y score de diagnóstico.

MAYORES (4)		INCLUYENTES (4)		MENORES (3)	
1. Diarrea Crónica	X	1. Deficiencia Inmune. ¿Cuál?:		1. Flatos fétidos	
2. Desnutrición	X	2. Diabetes Tipo I		2. Nauseas	
3. Distensión Abdominal	X	3. Síndrome De Down		3. Dolor Abdominal Recurrente	X
4. Signos Carenciales	X	4. Colagenopatías		4. Astenia	
5. Baja Talla Comparativa		5. Hepatitis Autoinmune		5. Irritabilidad	
6. Abdomen Inferior Mate		6. Hipotiroidismo		6. Trastornos de conducta	
7. Pruebas Laboratorio Alteradas	X	7. Hipertiroidismo		7. Pariete EC 2º grado	
8. IgG AGA,		8. Nefropatía dep. IgA		8. Artromialgias	
9. IgA AGA		9. TGO y/o TGP		9. Retraso puberal	
10. Prolapso		10. Calcificaciones Cerebrales		10. Vómitos	
11. Alteración del esmalte		11. Enfermedad de Duhring		11. Cefaleas	
12. Edad Osea < de 2 a		12. Trastornos Neurológicos		12. Plenitud	
13. Edemas		13. Depresión			
14. Anemia crónica	X	14. Autismo			
15. Anemia x déficit Fe		15. Hiperactividad			
16. Anemia x déficit Folatos		16. Déficit atención			
17. Anemia x deficit grupo B		17. Ataxia		EXCLUSIVOS (35)	
18. Osteoporosis		18. Psoriasis		1. IgA Ema	
19. Osteopenia		19. Vitiligo		2. IgA tTG valor:	X
20. Abortos		20. Purp. trombocitopénica		3. IgA AGA 2 valor:	X
21. Impotencia		21. Alopecias		4. Test rápido	
22. Pariete EC 1º grado		22. Flia. con autoinmunes		5. IgG Ema	
23. Hermanos Eutróficos		23. Síndrome de Sjögren		6. IgG tTG valor:	
24. DQ2		24. Síndrome de Turner		7. IgG AGA 2 valor:	
25. DQ8		25. Cirrosis Bil. primaria			
26. Aftas recurrentes		26. Síndrome Fosfolipídico			
27. Infertilidad					
28. Alteraciones del ciclo					
29. Polineuritis					

Fuente: <http://www.ms.gba.gov.ar/EducacionSalud/celiaquia/celiaquia.html>

Resultado :33 puntos.

Con más de 50 puntos, la posibilidad de que se trate de Enfermedad Celíaca es del 99%.

En esta paciente se confirma el diagnóstico de **Enfermedad Celíaca. (EC)**.

Comentarios.

La EC afecta al 1% de los adultos y niños. Se presenta más frecuentemente en mujeres (2-3/1). En cuanto a la población pediátrica, la prevalencia es de 1,26%.¹

El desarrollo de la enfermedad celíaca es multifactorial, existiendo una predisposición genética. Esto se demuestra en el in-

cremento actual, de casos diagnosticados, debido especialmente a la sospecha precoz en poblaciones con riesgo genético (familiares de celíacos y enfermedades autoinmunes) y determinación de autoanticuerpos de muy alta sensibilidad y especificidad tales como Ac. Antiendomiso (EmA) y Ac Anti Transglutaminasa tisular (tTG).

Se considera que existe un 10% más de riesgo de encontrar un celíaco asintomático dentro de una familia donde se ha diagnosticado a esta enfermedad. Se ha relacionado la presencia de HLA-DQ2/DQ8, también asociados a otras patologías de origen genético como Diabetes tipo 1 y Síndrome de Down.

Es importante tener en cuenta que pacientes con otras enfermedades autoinmunes como Tiroiditis de Hashimoto, Hepatitis autoinmune, síndrome de Sjögren, nefropatía con depósitos IgA,

miocardiopatías y síndrome de Turner, entre otras, constituyen, también grupos de riesgo por lo que se aconseja en ellos la determinación de anticuerpos regularmente.

Presenta un “gatillador” ambiental, el gluten.

La respuesta inmunológica de la mucosa intestinal implica la activación de las células T CD4 sensibles al gluten. La respuesta inflamatoria da lugar a la atrofia de las vellosidades, hiperplasia de las criptas y daño del epitelio superficial del intestino delgado. La lesión es máxima en la porción proximal del intestino delgado y se extiende en sentido distal a una distancia variable, que explica a la variabilidad de la sintomatología. Las lesiones llevan a una disminución en la capacidad absorptiva y digestiva del intestino delgado y un aumento relativo de las células epiteliales inmaduras.

Cuadro clínico.

Las características clínicas de la enfermedad celíaca difieren en función de la edad de presentación.

Si se manifiesta durante los primeros años de vida suelen prevalecer los síntomas gastrointestinales y el retraso del crecimiento.

La presentación típica se caracteriza por síntomas gastrointestinales que se manifiestan entre los 9 y 24 meses de vida, luego de la exposición al gluten.

Los lactantes y niños pequeños presentan diarrea crónica, con heces esteatorreicas claras, grasosas, abundantes, fétidas y de consistencia variable. Generalmente acompañada de distensión abdominal, timpanismo y flatulencias, dolor abdominal, vómitos, mal progreso ponderal o pérdida de peso, con disminución de la masa muscular. Estos síntomas pueden llevar a la desnutrición severa si no se realiza el diagnóstico precoz.

A esta forma de presentación clínica se la conoce como síndrome de malabsorción aguda.

A edades mayores es más frecuente la manifestación de síntomas extraintestinales como hipoplasia del esmalte dental, aftas y úlceras bucales, retraso en la erupción dentaria, anemia ferropénica, baja talla y retraso puberal, hepatitis crónica y aumento de transaminasas.

A esta forma de presentación más típica de segunda infancia y adolescentes se la conoce como síndrome de malabsorción crónico.

Raramente se presentan cuadros de crisis celíaca, caracterizados por diarrea acuosa explosiva, distensión abdominal marcada, deshidratación, hipotensión y letargia, con anomalías electrolíticas severas, incluyendo hipocalemia.

La enfermedad puede cursar durante varios años de modo asintomático, como se ha comprobado en familiares de primer grado de pacientes con enfermedad celíaca, por lo que es necesario el seguimiento clínico y búsqueda de marcadores serológicos, en estas familias.

Diagnóstico.

El diagnóstico se realiza empleando pruebas serológicas, tanto en pacientes que presentan el cuadro clínico característico, así como también en aquellos que generan duda diagnóstica y en pacientes que presentan enfermedades que se asocian con mayor riesgo de presentar esta enfermedad.

Para la interpretación de las pruebas serológicas se debe tener en cuenta los niveles de IgA séricos, la edad del paciente, el patrón de consumo de gluten y el uso de drogas inmunosupresoras.

Si la exposición al gluten ha sido corta, o se ha suspendido su ingesta por un largo período de tiempo, el resultado negativo de las pruebas puede no ser confiable. Si el paciente presenta niveles

bajos de IgA sérica, se puede arribar al diagnóstico utilizando anticuerpos IgG.

Las pruebas serológicas recomendadas incluyen el dosaje de anticuerpos IgA antitransglutaminasa e IgA antiendomiso, los cuales tienen una especificidad y sensibilidad mayor al 98%.

La sensibilidad de estos anticuerpos es menor en niños menores de 2 años, por lo que se recomienda en este grupo etario la medición de anticuerpos anti-péptidos deaminados de gliadina, lo que aumenta la sensibilidad diagnóstica. Estos anticuerpos también pueden utilizarse en pacientes con fuerte sospecha diagnóstica con otros anticuerpos específicos negativos.

Las pruebas serológicas deben repetirse a los 12 meses de iniciada la dieta libre de gluten para valorar la negativización de los mismos.

Si se obtienen pruebas serológicas con resultados positivos se deben confirmar los mismos mediante la toma de biopsia intestinal.

Los hallazgos histológicos de las biopsias de pacientes con enfermedad celíaca no son específicos y pueden ser hallados en otras enteropatías.

Incluyen, deterioro progresivo de la arquitectura vellosa o atrofia de las mismas, asociado a elongación de las criptas y aumento del número de linfocitos intraepiteliales.

Las muestras se obtienen por endoscopia y deben ser múltiples (mínimo 4)

Se recomienda incluir una muestra del bulbo duodenal ya que 2-3% de los pacientes pueden presentar afectación únicamente en esa parte del duodeno.

La búsqueda de marcadores HLA-DQ2 y HLA-DQ8 es útil para excluir el diagnóstico de enfermedad celíaca. Se debe realizar en pacientes con diagnóstico incierto, con síntomas fuertemente compatibles, pero dosaje de anticuerpos negativos y biopsia con cambios infiltrativos mínimos.

Diagnósticos diferenciales.

Los diagnósticos diferenciales de enfermedad celíaca, son aquellas enfermedades que se manifiestan con esteatorrea.

Tratamiento.

El tratamiento debe ser dieta estricta y permanente libre de gluten de trigo, avena, cebada y centeno, es decir dieta sin TACC. El asesoramiento familiar es indispensable para la adherencia al tratamiento.

La evolución esperable del paciente con cumplimiento adecuado de la dieta es: normalización del carácter, normalización de las deposiciones y ganancia de peso en 2 a 3 semanas, desaparición de la distensión abdominal en 2 o 3 meses, normalización de la relación peso/edad en 6 meses, normalización de la talla/edad y de la edad ósea en 2 años.

Manejo clínico del pediatra.

Es fundamental que se realice un seguimiento multidisciplinario de los pacientes con enfermedad celíaca, integrado por el pediatra de cabecera, el especialista en gastroenterología, un licenciado en nutrición experto en EC y apoyo psicológico desde el comienzo de la dieta.

Se deben derivar al gastroenterólogo los pacientes que presenten síntomas típicos, atípicos o pertenecientes a un grupo de riesgo con serologías positivas, y pacientes con serologías negativas pero que se descartaron otros diagnósticos y continúan con los síntomas.

Una vez hecho el diagnóstico el paciente debe comenzar con el

seguimiento por parte del licenciado en nutrición para educar al paciente y a su familia en relación a la dieta libre de gluten y detectar y tratar deficiencias de vitaminas y minerales.

Si bien, los resultados de encuestas realizadas (Expoceliacas), evidenciaron que los niños presentan una gran capacidad de adaptación a su nueva condición, el apoyo psicológico debe recomendarse desde el inicio de la dieta, ya que ésta trae consecuencias económicas y psicosociales que pueden afectar su cumplimiento e impactar negativamente en la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Los grupos de autoayuda han demostrado ser fundamentales para el apoyo en lograr esta adaptación.

Un pilar fundamental dentro de la estrategia de tratamiento es la educación alimentaria, por lo que es imprescindible que el paciente y su entorno cuenten con cantidad y calidad de información. Función a cargo de todos los integrantes del equipo multidisciplinario.

Promoción y prevención de la EC.

Es importante la sospecha, la detección temprana y el tratamiento oportuno de ésta enfermedad para evitar complicaciones a largo plazo que ésta genera y aumentan la morbimortalidad de los pacientes. Para ello es importante que los profesionales de la salud del primer nivel de atención reconozcan las distintas formas de presentación clínica y los métodos más adecuados para realizar el diagnóstico a edades tempranas.

Complicaciones y pronóstico.

Cuando la enfermedad evoluciona sin tratamiento, pueden aparecer formas graves (crisis celiaca), con presencia de hemorragias cutáneas o digestivas, por defecto de síntesis de vitamina K y otros factores K dependientes a nivel intestinal, tetania hipocalcémica y edemas por hipoalbuminemia. Puede producirse también una severa deshidratación hipotónica, gran distensión abdominal por marcada hipopotasemia y malnutrición extrema.

Enfermedades no neoplásicas pero de gran morbilidad están también en relación con la enfermedad celiaca no tratada; así junto a enfermedades de tipo autoinmune, pueden observarse alteraciones del metabolismo óseo, problemas en relación con la reproducción, alteraciones neurológicas y psiquiátricas.

Estas observaciones justifican tanto el diagnóstico precoz como la exclusión, estricta y de por vida, del gluten en la dieta del paciente celiaco. Tras el diagnóstico, el seguimiento clínico de por vida de estos pacientes es igualmente imperativo y cumple un doble objetivo: la vigilancia del correcto cumplimiento dietético y la detección de posibles complicaciones.

Comentario de los especialistas.

Dra. Luciana Guzman / Prof. Dr. Eduardo Cueto Rua.

La enfermedad celiaca es una intolerancia alimentaria muy frecuente en nuestro medio que requiere una alta sospecha clínica. Por tal motivo debemos tener pediatras comprometidos en su búsqueda. Para ello es necesario comprender y conocer como estudiarla, cuando sospecharla y a quienes solicitar de rutina una determinación serológica.

La literatura internacional y local nos dice que su incidencia es cercana al 1% de la población, es nuestra obligación diagnosticarla, dado que si en Argentina somos 40 millones de habitantes, aproximadamente, debería haber 40 mil celíacos diagnosticados. Lamentablemente todavía estamos lejos de llegar a este valor dado

que existe un gran subdiagnóstico. Si recordamos el comportamiento de la celiacía como un iceberg, todavía se diagnostican aquellos que se encuentran por encima de la línea de flotación (sintomáticos) quedando ocultos las formas asintomáticas o silentes. Este subdiagnóstico es reversible con información ya que “no se diagnostica lo que no se conoce”.

En el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires funciona desde 2010 un programa de difusión de celiacía llamado CELIARED, en el cual uno de sus objetivos centrales es la difusión del tema entre la comunidad médica y la población general, ya que si todos nos comprometemos el diagnóstico de celiacía, este va a realizarse tempranamente. Otro objetivo del programa es lograr un registro de celíacos, de esta manera podremos saber efectivamente cuantos celíacos hay y, de este modo, elaborar medidas de salud tendientes a mejorar y optimizar su calidad de vida.

Hoy en día se ha avanzado mucho en la seguridad alimentaria del paciente celiaco. Hay leyes nacionales y provinciales, así como ordenanzas municipales que ayudan a que todas las personas celíacas puedan acceder a un alimento seguro y de calidad. Argentina es el primer país de Latinoamérica en definir por ley, que un alimento apto es aquel que tiene menos de 10 ppm (partes por millón). Todos los alimentos aptos se identifican con un logo nacional que se coloca en los envases de los diferentes productos. Existen listados de alimentos aptos tanto nacionales (ANMAT), provinciales, así como de grupos de autoayuda (ACA) de gran calidad dado que aseguran que los productos que allí se encuentran han cumplido con todos los requisitos para ello.

Finalmente debemos entender que la celiacía bien tratada convierte a la persona en un individuo SANO el cual no necesita ningún tipo de terapéutica extra. Entender esto es vital en pediatría ya que si el niño crece sabiéndose sano será un persona feliz, si lo hace desde la concepción de que padece una enfermedad será, para él más difícil aceptarlo.

Recomendaciones.

1. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Programa Nacional de detección y control de la Enfermedad celiaca. <http://www.msal.gov.ar/celiacos/index.html>
2. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Dirección de Patologías Prevalentes CELIARED Cuidado integral de las personas con enfermedad celiaca. <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/aps/files/2012/12/CELIARED.pdf>
3. Tabla 2- Listado de hospitales de la Provincia de Buenos Aires bajo programa (ver tabla 2)
4. Sitios de Interes:
 - <http://www.ms.gba.gov.ar/wp-content/uploads/2013/03/celiared-2010.pdf>
 - <http://www.anmat.gov.ar/>
 - <http://www.celiaco.org.ar/>
 - <http://www.celicosargentinos.com.ar/>
 - <http://www.cedice.com.ar/>
 - <http://www.celico.com.ar/>
 - <http://www.aglutenados.com.ar/>

Agradecimiento.

Al Dr. Cueto Rua, Eduardo por la colaboración en nuestra presentación del caso clínico.

TABLA 2. Listado de hospitales de la provincia de Buenos Aires bajo programa:

9 de Julio	Hospital Interzonal de Agudos Julio de Vedia	Av. Tomas Consentino 1254
Avellaneda	Hospital Fiorito	Av. Belgrano 851- Avellaneda (1870)
Junín	Hosp. Abraham Piñeyro	Lavalle 1084
San Fernando	Hosp. Petrona V de Cordero	Belgrano 1955
F. Varela	Hosp. "El Cruce"	Av. Calchaqui 5401
Alte Brown	Hosp. Oñativia	Ramón Carrillo 1339- Rafael Calzada
Lanús	Hosp. Int.Gral de Agudos Evita	Rio de Janeiro 1910 - Lanus Oeste
Ezeiza	Hospital Eurnekian	Alem N° 349. La Unión. Ezeiza
Saladillo	Hosp. Posadas	Emparanza 2753
Vicente Lopez	Hospital Bernardo Housay	Av. Hipolito Irigoyen 1757- Florida
Lujan	Hospital Nuestra Señora de Lujan	San Martin 1750
Pergamino	Hospital San José	Bv. Liniers 950
José C. Paz	Hospital Mercante	René Favaloro N° 4750
Monte Grande	Hospital Sofia T de Santamarina	Alvear y Cardeza
San Martín	Hospital Municipal Dr. Diego Thompson	Avellaneda 33 entre Mitre y Matheu
San Pedro	HTAL MUNICIPAL EMILIO RUFFA	25 de Mayo 1901 (2930)
San Miguel	HTAL LARCADE	Av. Pte. Perón 2311
San Isidro	HOSPITAL CENTRAL DE SAN ISIDRO	Av. Santa Fé 431
San Isidro	HTAL. MATERNO-INFANTIL DE SAN ISIDRO	Av. Diego Palma 505
Pacheco	HTAL. ZONAL GRAL AGUDOS M.V. DE MARTINEZ	Av. De los Constituyentes 400 - Subsuelo
Pihue	Hospital y Maternidad Municipal Pihue	Liniers 46

Fuente: Programa Nacional de detección y control de la Enfermedad celiaca <http://www.msal.gov.ar/celiacos/materiales.html>



Bibliografía

- Ministerio de salud de la Nación Guía práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celiaca en primer nivel de atención 2011. Disponible en http://www.msal.gov.ar/celiacos/pdf/2013-03-08_guia-practica-clinica-enfermedad-celiaca.pdf
- Madrugal AC, Gualandrini AA. Enfermedad celiaca y síndrome de Down. *Revista Clínica Escuela de Medicina UCR_HSIDJ*. 2014; 4(4)
- Martén Marén D, Ramírez Arias mC. Malabsorción intestinal y malnutrición por defecto. *Medisan*. 2012; 16.2: p. 228-235.
- Cueto Rúa, E., Guzmán, L., Zubiri, C., Urrutia, M. I., & Mancinelli, L. Análisis de aceptabilidad, aspectos culturales e impacto personal del diagnóstico. *OmniaScience Monographs*. 2013.
- Cueto Rúa E, Menna MV, Morales V, Pecotche G. Enfermedad celiaca y anticuerpos antimúsculo liso. *Archivos argentinos de pediatría*. 1986; 84(5): p. 269-273.
- Kurppa, K., Lauronen, O., Collin, P., Ukkola, A., Laurila, K., Huhtala, H., Kaukinen, K. Factors associated with dietary adherence in celiac disease: a nationwide study. *Digestion*, 2012; 86(4), 309-314.
- Husby S1, Koletzko S, Korponay-Szabó IR, Mearin ML, Phillips A, Shamir R, et al. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition guidelines for the diagnosis of celiac disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2012 Apr;54(4):572
- Toca MC; . Diarrea aguda y crónica. Programa Nacional de Actualización Pediátrica(Pronap) 2012. 2: (3): 69-105
- Branski D, Troncone R. Enteropatía sensible al gluten. In Behrman, editor. *Nelson Tratado de Pediatría*. Barcelona (España); 2013. p. 1364-1365.
- Sociedad Argentina de pediatría [base de datos en internet] Argentina: la asociación; c1911-2014 [citado 2012 Ago 8-11]. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/congresos/2012/medint/ppt/mora.pdf>
- Cueto Rúa E. La nueva enfermedad celiaca. *Revista GASTROHNUP*. 213; 13(1). Disponible <http://hdl.handle.net/10893/5800>
- García, C. B. (2013). Manifestaciones extra-digestivas de enfermedad celiaca en la infancia. *ENFERMEDAD CELIACA*, 17.

Referencias bibliográficas

- Ministerio de salud de la Nación Guía práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celiaca en primer nivel de atención 2011. Disponible en http://www.msal.gov.ar/celiacos/pdf/2013-03-08_guia-practica-clinica-enfermedad-celiaca.pdf