

Conhecimento dos pediatras sobre doença celíaca: estudo piloto

The pediatricians' knowledge on celiac sprue: pilot study

Adriza Santos Silva Barbosa¹, Joseni Santos da Conceição², Luciana Rodrigues Silva³

¹Médica do Centro de Estudos em Gastroenterologia e Hepatologia Pediátrica – Universidade Federal da Bahia;

²Mestre em Medicina em Saúde – UFBA; ³Professora Titular de Pediatria – UFBA; Salvador, BA, Brasil

Resumo

Apesar de ter sido demonstrado que a doença celíaca é uma condição mais frequente do que se imaginava no passado, ainda ocorre demora entre o início dos sintomas e a realização do diagnóstico. Uma razão para esse fato é representada pela falha dos profissionais de saúde em reconhecer as várias manifestações clínicas da doença celíaca e em saber quais os exames apropriados para a conduta diagnóstica. Foi realizado este estudo visando a avaliar o conhecimento de pediatras sobre a doença celíaca. Dados foram obtidos de questionário autoaplicado, distribuído durante o X Congresso Nacional de Pediatria, no período de 12 a 14 de junho de 2008, em Salvador. Foram analisados 63 questionários. Os sinais e sintomas mais apontados que os levariam a suspeitar de doença celíaca foram: diarreia crônica (62), baixo peso (58), distensão abdominal (57), baixa estatura (49) e dor abdominal (39). Parentes de primeiro grau portadores (48), deficiência de IgA (28) e diabetes mellitus tipo 1 (27) foram os fatores de riscos mais indicados pelos pediatras. Em relação às manifestações extra-gastrointestinais, foram assinaladas com mais frequência anemia (46), atraso puberal (40), hipoplasia do esmalte dentário (30), dermatite atópica (28) e dermatite herpetiforme (18). Dos exames, os mais solicitados foram biópsia intestinal (44), anticorpo anti-gliadina (47), anticorpo anti-endomísio (42) e anticorpo antitransglutaminase (26). O glúten foi apontado pela maioria (98%) como o alimento que deveria ser excluído da dieta, e 84% dos participantes responderam que a dieta deveria ser seguida por toda a vida. Os alimentos mais assinalados, que deveriam ser excluídos da dieta foram trigo (61), centeio (54), cevada (51) e aveia (44). As complicações associadas à doença celíaca citadas com mais frequência foram: baixa estatura (59), anemia (51) e osteopenia (24). Os dados apresentados demonstraram que os pediatras souberam reconhecer a forma clássica da doença celíaca, mas ainda existe a necessidade de se ampliar e atualizar o conhecimento desses profissionais de saúde em doença celíaca, sobretudo em relação às formas atípicas ou oligossintomáticas.

Palavras-chave: Doença celíaca – Conhecimento – Pediatras.

Abstract

In spite of having been demonstrated that the celiac sprue is a more frequent condition than imagined in the past, it still happens delay between the beginning of the symptoms and the accomplishment of the diagnosis. A reason for this fact is represented by the professionals' of health failure in recognizing the several clinical manifestations of the celiac sprue and in knowing which the exams adapted for the diagnosis. This study was accomplished seeking to evaluate the pediatricians' knowledge on the celiac sprue. Data was obtained of questionnaire, distributed during X National Congress of Pediatrics, in the period of 12 to June 14, 2008, in Salvador, Bahia. It were analyzed 63 questionnaires. The signs and more pointed symptoms than they would take them to suspect of celiac sprue they were: chronic diarrhea (62), low weight (58), abdominal distention (57), low stature (49) and abdominal pain (39). Relatives of first degree carriers (48), deficiency of IgA (28) and diabetes mellitus type 1 (27) they were the factors of risks more indicated by the pediatricians. In relation to the manifestations extra-gastrointestinal, they were marked with more frequency anemia (46), delayed puberty (40), hipoplasia of the dental enamel (30), atopic dermatitis (28) and herpetiforme dermatitis (18). Of the laboratory tests, the more requested was intestinal biopsy (44), anti-gliadin (47), anti-endomysium (42) and anti-transglutaminase antibodies (26). Gluten was aimed by most (98%) as the food that should be excluded of the diet and 84% of the participants answered that the diet should be proceeded for a lifetime. The marked victuals that should be excluded of the diet they were wheat (61), rye (54), barley (51) and oat (44). The associated complications the celiac sprue mentioned with more frequency was: low stature (59), anemia (51) and osteopenia (24). The presented data demonstrated that the pediatricians knew how to recognize the classic form of the celiac sprue, but the need still exists of to enlarge and to modernize the those professionals' of health knowledge in celiac sprue, above all in relation to the atipic forms.

Keyword: Celiac sprue – Pediatricians' knowledge.

INTRODUÇÃO

Descrita pela primeira vez por Samuel Gee em 1888, a doença celíaca é uma enteropatia imunomediada,

desencadeada pela ingestão do glúten em indivíduos geneticamente susceptíveis.^{1,2}

Estudos populacionais recentes têm demonstrado uma prevalência de doença celíaca entre 1/120 a 1/300 na população geral, tanto na Europa, quanto na América do Norte. No Brasil, a prevalência variou entre 1/214 a 1/681, em estudos realizados com doadores de sangue.³ A prevalência mundial da doença celíaca entre crianças

Recebido em 18 de maio de 2009; revisado em 23 de novembro de 2009
Correspondência / Correspondence: Dra. Adriza Santos Silva Barbosa. Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira – 4º andar. Rua Padre Feijó, s/n – Canela. 40.110-170 Salvador – Bahia – Brasil E-mail: dridasantos@yahoo.com.br

de 2,5 a 15 anos de idade é de 3 a 13 por 1000 crianças, ou aproximadamente, 1:80 a 1:300 crianças.⁴

Partes do glúten resistentes à digestão das enzimas do lúmen intestinal são transportadas através da barreira epitelial como polipeptídeos. Esses peptídeos do glúten funcionam como substrato para a enzima tecidual transglutaminase, que se localiza predominantemente na região extracelular subepitelial da mucosa; a enzima modifica os peptídeos do glúten por processo de desamidação. Eles são conformados em neoepítomos, que se ligam às moléculas HLA-DQ2 ou HLA-DQ8 na superfície das células apresentadoras de antígenos, na lâmina própria. A mucosa intestinal de pacientes com doença celíaca apresenta uma população de linfócitos T CD4 que reconhece esses peptídeos quimicamente modificados por meio de receptores de célula T complementar (TCR) e emite resposta do tipo Th1 e/ou tipo Th2, com secreção de citocinas, determinando a lesão intestinal.¹

As formas de apresentação da doença celíaca podem ser divididas em: clássica, atípica ou oligossintomática, potencial, latente e silenciosa. Na forma clássica, as manifestações são gastrointestinais e começam entre 6 e 24 meses de idade, após introdução do glúten na dieta. Tipicamente, as crianças apresentam diarreia crônica, distensão abdominal, hipotrofia muscular, irritabilidade, falta de ganho de peso.¹

A forma não-clássica, ou atípica, tem tendência a um início mais tardio dos sintomas, acometendo crianças geralmente entre 5 a 7 anos e adultos. Nesse caso, as manifestações extraintestinais são predominantes, e podem ser explicadas pelos déficits nutricionais ou por reações imunológicas que acometem outros órgãos. Baixa estatura, anemia ferropriva refratária ao tratamento com ferro, defeitos do esmalte dentário, estomatite aftosa recorrente, osteoporose, esterilidade, elevação de transaminases, bem como manifestações neurológicas e psiquiátricas são exemplos de manifestações extraintestinais da doença celíaca.^{1,3}

A forma potencial seria aquela em que os indivíduos com sorologia positiva para o anticorpo antiendomísio podem apresentar, na mucosa intestinal, um aumento de linfócitos intraepiteliais que expressam um receptor gama delta, porém sem alteração na arquitetura vilositária da mucosa. A evolução desses indivíduos não é totalmente conhecida, em especial quanto ao percentual de alterações histológicas evolutivas e de quadros clínicos sintomáticos.¹

A forma latente refere-se a indivíduos que estão assintomáticos e têm biópsia normal, sob dieta regular com glúten, mas, em algum momento de suas vidas, já apresentaram alterações da mucosa, características da doença celíaca. A forma latente, após a recuperação da mucosa intestinal com a dieta isenta de glúten, pode persistir por anos antes do desenvolvimento de uma recidiva histológica.¹

A doença celíaca silenciosa é encontrada em indivíduos aparentemente assintomáticos, que apresentam sorologia positiva e padrão histológico idêntico à forma clássica, com atrofia parcial ou subtotal da mucosa intestinal, e que respondem à dieta isenta de glúten. Alguns pacientes referem-se a sensação de bem-estar e melhora no rendimento escolar após dieta isenta de glúten, o que demonstra que não se trata de casos totalmente assintomáticos.¹

Um grande número de casos de doença celíaca silenciosa tem sido verificado em grupos de risco – indivíduos com diabetes mellitus tipo 1 e parentes de primeiro grau de pacientes com doença celíaca. A doença celíaca também pode estar associada a outras doenças autoimunes: dermatite herpetiforme, doença de Addison, tireoidite autoimune, cirrose biliar primária, colangite esclerosante primária, gastrite crônica atrófica, anemia perniciosa e colagenoses.¹

O diagnóstico da doença celíaca pode ser sugerido por marcadores sorológicos e genéticos, mas o diagnóstico definitivo depende do achado de lesões histológicas específicas em mucosa duodenal. Os anticorpos antigliadina (AAG) foram os primeiros marcadores sorológicos descritos na doença celíaca e são dirigidos à proteína cereal absorvida pela mucosa intestinal. São predominantemente das classes IgA e IgG, detectados por meio da técnica imunoenzimática (ELISA). São de fácil e baixo custo, porém têm sensibilidade (50-60%) e especificidade (60-70%) reduzidas para o diagnóstico da doença celíaca. Por esse motivo, não são mais rotineiramente recomendados⁵. O anticorpo antiendomísio (AAE), constituído primariamente por IgA, apresenta sensibilidade de 90% e especificidade de quase 100%, em estudos realizados em diversas populações. É um método observador-dependente e requer profissional experiente para a realização. O antiendomísio tem baixa acurácia em pacientes abaixo de 2 anos de idade.^{1,4} O anticorpo antitransglutaminase (AATGt) pode ser avaliado por ELISA, utilizando-se a proteína de porco guinea (primeira geração) ou recombinante humano (segunda geração), comercialmente disponível. É observador independente e de fácil execução, sendo preferido para triagem populacional. Há elevada correlação entre AATGt e AAE, com adequada confiabilidade para o rastreamento diagnóstico e monitorização da doença¹. Em situações de deficiência de IgA, podem-se determinar os anticorpos AAE e AATGt da classe IgG.¹

Os testes sorológicos têm aumentado a acurácia, mas, mesmo assim, não são suficientes para determinar, isoladamente, o diagnóstico de uma doença que requer uma dieta restrita por toda a vida⁴. Em todos os casos, é recomendada a confirmação do diagnóstico de doença celíaca com a biópsia intestinal, através de múltiplas amostras dos segmentos mais distais do duodeno.

Para o diagnóstico histológico da doença celíaca, é utilizada a classificação proposta por Marsh, em 1992,

que leva em consideração vários estágios evolutivos na mucosa, com aspecto diverso, variando desde um aumento de linfócitos intraepiteliais, até o completo achatamento da mucosa.¹

Esses critérios são importantes para definir a conduta dos pacientes e, sobretudo, seu acompanhamento em longo prazo. A lesão infiltrativa (Marsh I) é caracterizada pelo aumento do número de linfócitos intraepiteliais – mais de 40 linfócitos por 100 enterócitos contados. É o primeiro e o mais sensível indicador que traduz os efeitos imunológicos desencadeados pelo glúten na mucosa do trato gastrointestinal. Entretanto, não é específico, podendo ocorrer em outras situações – espru tropical, giardíase, doença de Crohn e outras condições. A lesão hiperplásica (Marsh II) é identificada quando a mucosa apresenta linfocitose intraepitelial acompanhada de hiperplasia e, finalmente, a lesão destrutiva (Marsh III) é reconhecida frente à moderada ou intensa redução da altura vilositária, constituindo a mais grave alteração da mucosa intestinal.¹ A atrofia de vilosidades (Marsh III) é a alteração que mais se correlaciona com doença celíaca e se subdivide em 3 categorias: Marsh IIIa (atrofia parcial de vilosidades, vilos encurtados associados a leve infiltração de linfócitos nas células epiteliais, acompanhados de aumento e hiperplasia das criptas; Marsh IIIb (atrofia subtotal, vilos claramente atróficos, mas ainda reconhecíveis, criptas aumentadas, com células epiteliais imaturas geradas numa maior proporção e influxo de células inflamatórias) e Marsh IIIc (atrofia total dos vilos, criptas hiperplásicas e lesão infiltrativa).⁴

A susceptibilidade genética é sugerida pela alta concordância entre gêmeos monozigóticos, além da alta prevalência de doença celíaca entre os parentes de primeiro grau de pacientes celíacos⁶. Aproximadamente, 98% dos pacientes celíacos apresentam os antígenos de histocompatibilidade HLA DQ2 ou HLA DQ8^{1,5}; por isso, os marcadores genéticos, atualmente, têm sido um critério importante em casos de diagnóstico difícil, e podem auxiliar no reconhecimento da doença celíaca potencial ou latente, que apresenta sorologia positiva e resultado de biópsia intestinal normal.¹

O diagnóstico é considerado definitivo quando existe completa resolução dos sintomas após tratamento com uma dieta isenta de glúten em um indivíduo previamente sintomático, com alterações características vistas na biópsia intestinal. Com a dieta, observa-se, também, melhora nos testes sorológicos e na biópsia intestinal⁴. O tratamento atual da doença celíaca é a dieta estritamente livre de glúten por toda a vida. Os alimentos considerados livres de glúten são aqueles com teor de glúten abaixo de 20 ppm⁴. A não-aderência à dieta, mesmo que não leve ao surgimento de sintomas, implica o risco de complicações em longo prazo, como o linfoma intestinal, neoplasias do intestino delgado e fígado, osteoporose, além de deficiências de inúmeras vitaminas

e minerais³. Os pacientes e familiares devem ser alertados quanto a transtornos clínicos e histológicos com o consumo esporádico de glúten.¹

Nas últimas décadas, houve uma mudança radical no conceito da doença celíaca, tanto no que se refere ao conhecimento da história natural da doença como da sua prevalência, a partir da utilização de marcadores sorológicos de alta sensibilidade em estudos de rastreamento populacional pediátrico, o que possibilitou o seguimento dos casos positivos e a realização de biópsia intestinal em crianças assintomáticas.¹ Em 1991, Richard Logan publicou sua teoria de um “iceberg celíaco”, na qual defende a existência de muito mais casos da doença não-diagnosticados (abaixo da linha d’água) que diagnosticados (acima da linha média). Na Europa, calcula-se que, para cada caso diagnosticado de doença celíaca, haveria de 5 a 13 pacientes não-diagnosticados, por falha no diagnóstico ou por apresentarem as formas atípica, silenciosa ou latente.⁵

Possivelmente, fatores como tempo de aleitamento materno mais prolongado, introdução mais tardia do glúten na dieta e, sobretudo, variações quantitativas e qualitativas na ingestão do glúten têm influenciado na mudança da apresentação da doença celíaca.¹

O conhecimento dos diversos perfis de apresentação clínica da doença celíaca por pediatras e clínicos em geral é importante, uma vez que as formas oligossintomáticas mostram-se mais frequentes do que a forma clássica da doença, bem como o início dos sintomas pode ocorrer tardiamente (na idade escolar, adolescência ou vida adulta). A busca ativa por meio de testes sorológicos, no setor de atenção primária de saúde, pode contribuir significativamente na prevalência da doença celíaca. Além disso, os pediatras e clínicos têm um importante papel no diagnóstico da doença, particularmente nos casos que apresentam sintomas não-gastrointestinais.¹

Dessa forma, reforça-se a importância de se conhecerem as características específicas de apresentação dessa doença em nosso meio, pois somente através da identificação das várias formas de apresentação clínica e das potenciais doenças é que se chegará à suspeita do seu diagnóstico.³

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento em doença celíaca dos pediatras brasileiros participantes do X Congresso Nacional de Pediatria, realizado em Salvador em junho de 2008.

MATERIAL E MÉTODOS

No período de 12 a 14 de junho de 2008, durante a realização do X Congresso Nacional de Pediatria, em Salvador, os congressistas foram convidados a participar de estudo de corte transversal, respondendo questionários padronizados com perguntas sobre sua

formação profissional e questões específicas relativas ao quadro clínico, aos métodos diagnósticos, aos fatores de risco, às doenças associadas e ao tratamento da doença celíaca. Foram excluídos do estudo os profissionais de saúde que não eram pediatras e todos aqueles que não concordaram em responder o questionário ou o fizeram de forma incompleta. A análise do estudo foi realizada pelo programa SPSS e os resultados foram expressos em frequências e proporções.

RESULTADOS

O Congresso teve 1300 participantes. Foram respondidos 68 questionários por livre demanda, e foram analisados 63 questionários. A faixa etária dos participantes foi de 24 a 60 anos, sendo a mediana de 35 anos; 55 participantes eram do sexo feminino e 8 do sexo masculino. A Tabela 1 mostra o período de graduação dos participantes.

Tabela 1. Período de graduação dos participantes.

Período de graduação	Número de participantes
1970-1980	3
1981-1990	14
1991-2000	21
2001-2008	23
Não responderam	3

A maioria dos participantes (74%) não era residente de Pediatria, 17% eram residentes de primeiro ano (R1) e 6% eram residentes do segundo ano. Os participantes que não tinham outra residência além de Pediatria constituíram a maioria (58%) e 9 anos foi a média de anos de término da última residência em 66% dos pediatras. Quando questionados se tinham título de especialista em Pediatria (TEP), 53,9% responderam afirmativamente; 6 pediatras tinham mestrado e nenhum tinha doutorado. A média de anos de atendimento a crianças foi de 11,4 anos (mediana: 9 anos).

Aproximadamente 52% atuavam em especialidades pediátricas, enquanto cerca de 48% não atuavam. As especialidades citadas foram: Neonatologia (8), Gastropediatria (5), UTI pediátrica (3), Nutrologia (3), Homeopatia (3), Hebiatria (2); Pneumologia (1), Endocrinologia (1) e Alergologia (1).

Na Tabela 2, a seguir, estão relacionados os locais de trabalho dos pediatras.

Tabela 2. Locais de trabalho dos pediatras.

Local de trabalho	Particular	Público
Clínica ou Ambulatório	30	29
Enfermaria	12	18
Pronto-Socorro	23	23
UTI Pediátrica	4	3
UTI Neonatal	2	7

Os sinais e sintomas mais apontados que os levariam a suspeitar de doença celíaca foram: diarreia crônica (62), baixo peso (58), distensão abdominal (57), baixa estatura (49) e dor abdominal (39).

Parentes de primeiro grau (48), deficiência de IgA (28) e diabetes mellitus tipo 1 (27) foram os fatores de riscos mais indicados pelos pediatras.

Em relação às manifestações gastrointestinais, foram assinalados com mais frequência: anemia (46), atraso puberal (40), hipoplasia do esmalte dentário (30), dermatite atópica (28) e dermatite herpetiforme (18).

Quando questionados se solicitariam exames complementares para diagnosticar doença celíaca, a maioria (94%) respondeu "sim". Dos exames, os mais solicitados foram biópsia intestinal (44), anticorpo antigliadina (47), anticorpo antiendomísio (42) e anticorpo antitransglutaminase (26). Os pediatras que responderam "não" à solicitação dos exames alegaram como justificativa a falta de conhecimento da doença (2), a falta de familiaridade com a doença (1), o custo elevado dos exames (1) e preferiam fazer o teste terapêutico (2).

O glúten foi apontado pela maioria (98%) como o que deveria ser excluído da dieta, e 84% dos participantes responderam que a dieta deveria ser seguida por toda a vida. Os alimentos mais assinalados que deveriam ser excluídos da dieta foram trigo (61), centeio (54), cevada (51) e aveia (44). As complicações associadas à doença celíaca marcadas com mais frequência foram: baixa estatura (59), anemia (51) e osteopenia (24).

Quando questionados se gostariam de receber informações adicionais sobre a doença, aproximadamente 97% responderam "sim".

DISCUSSÃO

O número reduzido da amostra foi uma das limitações deste estudo, valendo ressaltar que os questionários foram preenchidos voluntariamente pelos participantes do congresso. Apesar disso, esse trabalho nos permitiu observar dados que podem refletir o conhecimento que o pediatra geral tem sobre a doença celíaca.

Os resultados deste estudo demonstram que a maioria dos médicos entrevistados soube reconhecer as manifestações clássicas da doença celíaca. Reconheceram também algumas manifestações extraintestinais da doença, mas a osteoporose e a dermatite herpetiforme, que estão claramente associados a doença celíaca^{1,3}, foram pouco citadas. Alguns fatores de risco para a doença foram enfatizados, tais como parentes de primeiro grau, deficiência de IgA e diabetes tipo 1, mas outros fatores também de risco com síndrome de Down e tireoidite autoimune foram pouco apontados. Devido a essas associações, tem sido recomendada a realização de testes de triagem sorológica para doença celíaca nos pacientes com essas condições e em parentes de primeiro grau de paciente celíaco.¹

Em estudo descritivo realizado no Brasil com 145 celíacos³, a média de idade do diagnóstico foi de 16 anos para homens e 26,7 para mulheres. Os principais sintomas relatados foram distensão abdominal, dor abdominal e diarreia. No sexo masculino, predominaram diarreia e déficit ponderal, enquanto que, no sexo feminino, aftas, constipação e anemia. Apenas 42,1% dos celíacos foram submetidos à biópsia em momento compatível com o diagnóstico correto de doença celíaca (44,2% relataram biópsia somente em vigência de dieta já isenta de glúten); 61,4% dos pacientes realizaram pelo menos um teste sorológico. Doenças associadas ou complicações foram relatadas por 65,5% dos pacientes, sendo a mais frequente a intolerância à lactose. A osteopenia ou osteoporose foi citada por 59% dos pediatras; 27% deles relataram a possibilidade da presença de familiares com doença celíaca. Os resultados mostram uma tendência de diagnóstico em idades mais tardias em nosso meio, especialmente entre as mulheres, e sugerem a necessidade de maiores esclarecimentos do público em geral e da classe médica quanto ao correto diagnóstico e tratamento da doença celíaca. Foi visto também, nesse estudo, que os sintomas “típicos” predominaram, diferentemente do que é visto habitualmente na prática clínica.³

Telega, Bennet e Werlin⁷ concluíram, em estudo retrospectivo realizado com 143 pacientes com diagnóstico de doença celíaca, que os sintomas gastrointestinais são predominantes em crianças menores que 3 anos, enquanto que, em crianças acima de 3 anos, predominaram as manifestações extraintestinais. Outro achado interessante é que 11,2% dos pacientes estavam com sobrepeso, o que vai de encontro à clássica noção de desnutrição associada à doença celíaca.

Deve-se pensar também na possibilidade de doença celíaca na presença de sintomas inespecíficos do trato digestório “alto”, queixa comum nos ambulatórios. Em trabalho realizado na Finlândia, 40% dos pacientes diagnosticados com doença celíaca apresentavam apenas regurgitação e sintomas dispépticos.⁸

Em estudo realizado na Irlanda, 39% dos pacientes procuraram o hospital cerca de 30 vezes com sintomas sugestivos de doença celíaca, sem serem ainda diagnosticados. O tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico foi superior a 6 anos em 64% desses pacientes. A anemia foi manifestação isolada de doença celíaca em 43% dos casos.⁹

Anemia ferropriva refratária ao tratamento também foi a manifestação extraintestinal mais associada à doença celíaca subclínica, tanto em crianças quanto em adultos, seguida de baixa estatura em crianças e dermatite herpetiforme em adultos, em estudo realizado em 42 centros italianos. Diabetes e atopia foram as condições mais frequentemente associadas à doença celíaca tanto em crianças quanto em adultos.¹⁰

A falha em reconhecer as apresentações potenciais de doença celíaca resulta para o paciente em numerosas consultas médicas, investigação extensa e desnecessária e atraso no diagnóstico. Os testes sorológicos (antiendomíseo e antitransglutaminase) têm alta sensibilidade para doença celíaca e poderiam ser usados pelos clínicos gerais para triar os pacientes, e aqueles com alterações na sorologia para a biópsia intestinal.¹¹

Em relação aos exames, a maioria reconheceu a importância da biópsia intestinal para o diagnóstico. Entretanto, em relação à sorologia, o anticorpo antitransglutaminase foi menos apontado que o antigliadina, que já está praticamente em desuso hoje em dia, por sua baixa sensibilidade e especificidade, enquanto que o Anti-TTG é hoje considerado o mais sensível e específico marcador sorológico de triagem para essa condição.

O diagnóstico de doença celíaca, muitas vezes, passa despercebido pelas seguintes razões: diagnósticos alternativos (frequentemente síndrome de intestino irritável); a condição pode ser oligo ou assintomática; a condição pode apresentar longos períodos de latência; os médicos têm pouca consciência da doença, que está envolta em vários mitos (“é uma doença rara”, “ocorre apenas em caucasianos”, “ocorre principalmente na Europa e EUA”, “ocorre apenas na infância”, “pode ser curada após um período de tratamento”); o desconhecimento das apresentações extraintestinais, com condutas inadequadas que comprometem o diagnóstico da doença (ex: prescrever dieta isenta em glúten aos pacientes suspeitos de doença celíaca, antes da confirmação por biópsia e testes sorológicos), falta de trabalho em equipe, deixando de encaminhar esses pacientes para centros de referência.

A conduta de prescrever dieta isenta de glúten a pacientes com suspeita de doença celíaca é uma prática frequente e equivocada, que compromete a interpretação dos exames sorológicos e da biópsia intestinal, e dificulta a confirmação diagnóstica, além de poder causar vários prejuízos desnecessários para a qualidade de vida do paciente.

Uma abordagem racional, utilizada na Finlândia com bons resultados¹², mas também que consome maior tempo, é alertar os profissionais de saúde sobre a doença celíaca, por meio de atividades de educação continuada, a fim de que eles reconheçam as manifestações sutis da doença e empreguem os testes sorológicos de *screening* adequados nos casos suspeitos e nos pacientes do grupo de risco para doença celíaca. Vale enfatizar a necessidade urgente de viabilizar que esses testes sejam realizados pelos laboratórios do SUS. Tal abordagem foi utilizada na Finlândia, com bons resultados.¹²

Um estudo epidemiológico realizado em Minnesota, em uma população de origem escandinava, avaliou a apresentação da doença celíaca nos últimos 50 anos. A incidência anual de doença celíaca aumentou de 0,8/

100.000 em 1960 para 9,4/100.000 em 2001. Esse aumento pode ser explicado pelo avanço do conhecimento da doença celíaca e do uso de sorologias para *screening*.¹³

O glúten foi apontado por quase todos os pediatras como o elemento que deve ser excluído na dieta, sendo os alimentos à base de trigo, centeio, cevada e aveia os mais citados a serem retirados da dieta. Assinalaram, também, que a dieta deve ser seguida por toda a vida. A dieta isenta de glúten é recomendada para os pacientes sintomáticos com anormalidades características de doença celíaca na biópsia intestinal. Também é recomendada para pacientes assintomáticos que têm condição associada com doença celíaca e achados histológicos característicos na biópsia.⁴

Em relação às complicações associadas com a doença celíaca não-tratada, a anemia e a baixa estatura foram as mais apontadas. Outras complicações, também frequentes, mas pouco lembradas, foram linfoma, doenças autoimunes, esterilidade, disfunção hepática, osteopenia e alopecia. Pacientes com doença celíaca têm um risco 10 vezes maior de desenvolver neoplasias do trato gastrointestinal ou 40 vezes de desenvolver linfomas não Hodgkin. Outra complicação da doença celíaca é o desenvolvimento de doenças autoimunes, com uma prevalência de 20% em pacientes adultos.¹³ Cerca de 70% dos pacientes com doença celíaca não-tratada têm osteopenia, e a prevalência aumenta com a idade do diagnóstico. Uma dieta isenta de glúten promove a melhora dentro de 1 ano, sendo total a recuperação nas crianças, ao contrário do que é visto em adultos.¹³

O reconhecimento da elevada prevalência da doença celíaca, assim como da sua ampla expressão clínica, inclusive com a constatação de formas silenciosas e atípicas, deve alertar pediatras e clínicos para o risco de subdiagnóstico e complicações da doença celíaca não-tratada.¹

Dessa forma, conclui-se que ainda existe um déficit importante de conhecimento tanto da população em geral quanto dos profissionais de saúde com relação à doença celíaca, principalmente nos casos oligossintomáticos e atípicos, o que pode estar gerando não só diagnósticos inapropriados em indivíduos saudáveis, condenando-os a uma dieta restritiva desnecessária, mas também

impedindo que os verdadeiros celíacos sejam diagnosticados. Reforça-se a necessidade de ampla divulgação, entre médicos e demais profissionais de saúde, do vasto espectro clínico, bem como dos critérios para o correto diagnóstico dessa doença.³ Outro aspecto é a necessidade de sensibilizar mais os profissionais de saúde a participarem desses levantamentos para se fazer um adequado diagnóstico do conhecimento desses profissionais e se traçarem melhores diretrizes de atualização.

REFERÊNCIAS

1. BAPTISTA, M.L. Doença celíaca: uma visão contemporânea. *Pediatria (São Paulo)*, São Paulo, v.28, n.4, p.262-271, 2006.
2. SDEPANIAN, V.L.; MORAIS, M.B.; FAGUNDES-NETO, U. Doença celíaca: a evolução dos conhecimentos desde sua centenária descrição original até os dias atuais. *Arq. Gastroenterol.*, São Paulo, v.36, n.4, p.244-256, 1999.
3. CASSIL, C.A. et al. Perfil clínico dos membros da Associação dos Celíacos do Brasil (ACELBRA). *Arq. Gastroenterol.*, São Paulo, v.44, n.3, p.257-265, 2007.
4. GUIDELINE for the diagnosis and treatment of celiac disease in children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, Philadelphia, v.40, n.1, p.1-19, 2005.
5. BAI, J. et al. World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines: Doença celíaca. Munich, 1995.
6. ALMEIDA, P.L. et al. Prevalence of celiac disease among first degree relatives of Brazilian celiac patients. *Arq. Gastroenterol.*, São Paulo, v.45, n.1, p.69-72, 2008.
7. TELEGA, G.; BENNET, T.R.; WERLIN, S. Emerging new clinical patterns in the presentation of celiac disease. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, Chicago, v.162, n.2, p.164-168, 2008.
8. COLLIN, P. et al. The hunt for celiac disease in primary care. *Q.J.M.*, Oxford, v.95, n.2, p.75-77, 2002.
9. DICKEY, W.; MCCONNEL, J.B. How many hospital visits does it take before celiac sprue is diagnosed? *J. Clin. Gastroenterol.*, New York, v.23, n.1, p.21-23, 1996.
10. BOTTARO, G. et al. The clinical pattern of subclinical/silent celiac disease: an analysis on 1026 consecutive cases. *Am. J. Gastroenterol.*, New York, v.94, n.3, p.691-696, 1999.
11. DICKEY, W.; MCMILLAN, S.A. Increasing numbers at a specialist coeliac clinic: contribution of serological testing in primary care. *Dig. Liver Dis.*, Amsterdam, v.37, p.928-933, 2005.
12. COLLIN, P. et al. Diagnosis of celiac disease in clinical practice: physician's alertness to the condition essential. *J. Clin. Gastroenterol.*, New York, v.41, n.2, p.152-156, 2007.
13. CERF-BENSUSSAN, N. et al. Coeliac disease: an update on facts and questions based on the 10th International Symposium on Coeliac Disease. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, Philadelphia, v.37, n.4, p.412-421, 2003.