



ROL DE LA BIOPSIA DE I.D


(Biopsia Sí vs. Biopsia No)

ACUERDOS:

- La identificación de cambios histológicos patognomónicos sigue siendo para la mayoría el Gold standard para el diagnóstico de E
- Las biopsias deben obtenerse por VEDA y aun con apariencia macroscópica normal deben realizarse múltiples biopsias
- Inicialmente los cambios histológicos son en parches en su distribución y se confina al bulbo duodenal en ocasiones únicamente
- Se recomiendan tomar 1 o 2 biopsias de bulbo y 4 o mas de duodeno distal
- Siempre corroborar que el paciente este consumiendo gluten
- Características típicas para confirmar diagnóstico :
 - ✓ Aumento del LIES
 - ✓ Aumento de densidad y profundidad de criptas
 - ✓ Progresivo aplanamiento de vellosidades


CLASIFICACION DE MARSH-OBERHUBER MODIFICADA

Marsh 0 (normal)	Arquitectura vellositaria y mucosa normal
Marsh 1 (lesión infiltrativa)	Aumento de LIES (> 25/100 enterocitos) Arquitectura normal de las vellosidades con radio V/C de 3/1
Marsh 2 (lesión hiperplastica)	Aumento de LIES (> 25/100 enterocitos) Hiperplasia de criptas Vellosidades normales
Marsh 3 (lesión destructiva)	a. Aumento de LIES, hiperplasia de criptas y atrofia p vellositaria b. Aumento de LIES, hiperplasia de criptas y atrofia subtotal vellositaria c. Aumento de LIES, hiperplasia de criptas y atrofia t vellositaria

- 
- En enteropatías de bajo grado (Marsh 1 y 2) para definir el diagnóstico podrían buscarse los depósitos de tTG tipo IgA en mucosa (subepitelial) o realizar inmunohistoquímica buscando aumento de LIES gamma-delta (mejora la especificidad pero requiere biopsia por congelación no fijada) que son más patognomónicos de enfermedad celíaca

CAUSAS DE AUMENTO DE LIES Y VELLOSIDADES NORMALES

- Estadios iniciales de E.C
- Infección (enteritis viral, Giardia, Cryptosporidium, Helicobacter Pylori)
- Enfermedad de Crohn
- Alergia alimentaria y GE eosinofílica
- Sobredesarrollo bacteriano
- Inmunodeficiencia (déficit de IgA e ICV)
- Colitis linfocítica y colágena
- Uso de AINES
- Diarrea intratable de la infancia
- Sprue tropical
- Disregulación inmune (enteropatía autoinmune, lupus, AR, tiroiditis de Hashimoto)

- 
- El diagnóstico de certeza de E.C es con lesión de Marsh tipo 3
 - Si es Marsh 1 o 2 requiere evidencia adicional que soporte el diagnóstico, como test serológicos positivos, presencia de HLA Dq2 / Dq8 , clínica y respuesta a DLG con normalización de la clínica y de laboratorio




La ESPGHAN en 2012 publicó guías para el diagnóstico de E.C en donde sugiere no realizar biopsias en determinadas circunstancias :

- Niños con síntomas clásicos de E.C
- tTGA mayor o igual a 10 veces la unidad
- EMA IgA positivo
- HLA Dq2 / Dq8 positivo

Estos datos coincidirían con atrofia vellositaria (Marsh 3) y se confirmaría el diagnóstico al comenzar DLG con desaparición de síntomas y normalización de test serológicos



RIESGOS POTENCIALES DE NO REALIZAR BIOPSIA

- Test serológicos no standardizados y variaciones entre niveles de AC con posibilidades de falsos positivos
 - Pérdida de oportunidad de diagnosticar otros desordenes digestivos (esofagitis pépticas, enfermedades eosinofílicas, Helicobacter Pylori, gastritis) que incluso pueden coexistir con E.C
- 

REVISIÓN DEL CRITERIO PATOLÓGICO PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE E.C (JPGN 2016)

- Se revisaron durante 4 años
- 175 biopsias de 96 pacientes celíacos
 - 79 de bulbo
 - 96 duodeno distal
- 135 biopsias normales
- 64 biopsias de otros desordenes digestivos


CONCLUSIONES

- La biopsia de bulbo duodenal permite el diagnóstico de E.C en 21% de los casos y en 6% la única anomalía fue el aumento de LIES
- Si los LIES son $> 70/100$ células epiteliales fuertemente evoca el diagnóstico de E.C ya que solo 6% de otros trastornos digestivos pueden estar en ese rango
- La ubicación de los LIES por encima de los núcleos de las células epiteliales se asociaba a E.C
- Se utilizó la clasificación de Marsh Oberhuber y la de Corazza-Villanacci que resultó más efectiva para consensuar resultados entre observadores

Clasificación de Corazza-Villanacci

- Aumento de LIES $> 25/100$ cels.epiteliales
- AV
- GRADO A : sin atrofia
- GRADO B 1 : atrofia con relación V/C menor 3/1
- GRADO B 2 : no hay vellosidades (atrofia total)

Clasificación de Drut.H-Cueto Rua.E



Valor de TG2 IgA en la predicción de la recuperación mucosa en niños con E.C en DLG (Leonard, febrero 2017, JPGN)

- Se estudiaron 103 pacientes celíacos menores de 21 años con atrofia vellositaria (Marsh 3) y se les realizó una segunda VEDA como mínimo al año de DLG
- Se conoce que el 90% de los pacientes pediátricos con E.C recuperan su mucosa al año de la DLG

CONCLUSIONES DEL TRABAJO

- 1 de cada 5 niños celíacos tenían enteropatía persistente a pesar de la DLG de al menos un año (19% de los pacientes estudiado)
- La TG2 IgA no sería un marcador seguro de recuperación mucosa
- No se identificaron características predictivas para determinar la persistencia de enteropatía a pesar de la DLG



REFLEXIÓN DEL DR. IVOR D. HILL (EN JPGN 2017)

➤ Rol de biopsias en E.C en la infancia

¿ Necesitamos más o menos ?

¡MUCHAS GRACIAS!



➤ Silvina Balbarre