

Uso racional de la biopsia intestinal

P. Escribano Sanz¹, R. García Romero², J. Galbe Sánchez-Ventura³, G. Castillejo de Villasante⁴

¹MIR-Pediatría. Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza. España.

²Unidad de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza. España.

³Pediatra. CS Torrero La Paz. Zaragoza. España.

⁴Unidad de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Sant Joan de Reus. Reus. España.

INDICACIONES DE BIOPSIA INTESTINAL DUODENAL

La biopsia intestinal (BI) es una técnica fundamental para el diagnóstico de enfermedades que afectan a la mucosa del intestino delgado, especialmente útil ante la sospecha de enteropatías difusas que se manifiestan en forma de síndrome diarreico o malabsorción. Otro de sus objetivos es la cuantificación y estudio de las enzimas de la pared intestinal. En el mismo procedimiento puede procederse a obtener jugo intestinal para estudios microbiológicos y de parásitos.

Técnica

Hace años se empleaba la cápsula de Watson-Crosby (Figura 1) en numerosos centros. Actualmente, su uso ha quedado desplazado por la biopsia endoscópica, considerada la técnica de elección por sus numerosas ventajas¹:

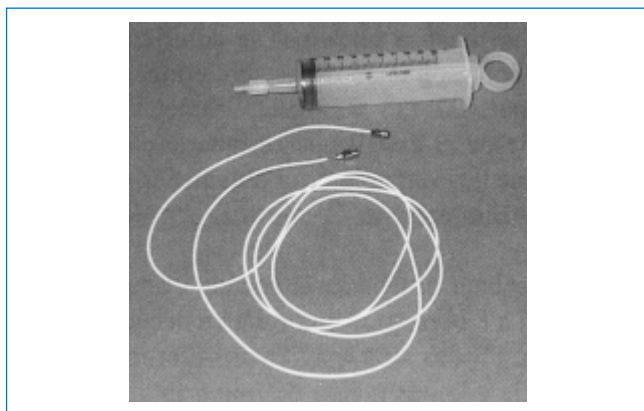


Figura 1. Cápsula de Watson-Crosby.

- Proceso rápido.
- Toma de muestras de esófago, estómago y duodeno.
- Número ilimitado de muestras.
- No requiere radiología.
- Visión macroscópica de la mucosa intestinal.

Uno de los inconvenientes de la biopsia endoscópica, a diferencia de la cápsula, es que la primera requiere sedación o anestesia.

Indicaciones de biopsia intestinal en la enfermedad celíaca (EC)

En primer lugar, cabe mencionar que todo estudio de confirmación de la EC, incluida la BI, siempre debe realizarse antes de iniciar una dieta sin gluten^{1,3}.

Las indicaciones de BI en la EC se actualizaron por la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición (ESPGHAN) en 2012¹. Actualmente, los criterios para realizarla en pacientes sintomáticos son los indicados en la Figura 2^{1,2}.

Previamente a indicar la BI, es recomendable obtener un estudio de coagulación con hemograma³.

Cabe destacar también la importancia de la recogida de las muestras (Tabla 1), recalando que cada muestra debe obtenerse de una en una. Algunos autores proponen obtener más de una muestra de bulbo duodenal para aumentar el rendimiento diagnóstico. Es fundamental la realización de múltiples biopsias, ya que las lesiones de EC pueden ser parcheadas¹⁻⁴.

En los niños asintomáticos pertenecientes a grupos de riesgo de EC (diabetes mellitus tipo 1, síndrome de Down, síndrome de Williams, síndrome de Turner, tiroiditis autoinmune, familiares de primer grado con EC...) se aplica el algoritmo de la Figura 3^{1,2}.

Cómo citar este artículo: Escribano Sanz P, García Romero R, Galbe Sánchez-Ventura J, Castillejo de Villasante G. Uso racional de la biopsia intestinal. FAPap Monogr. 2018;4:53-6.

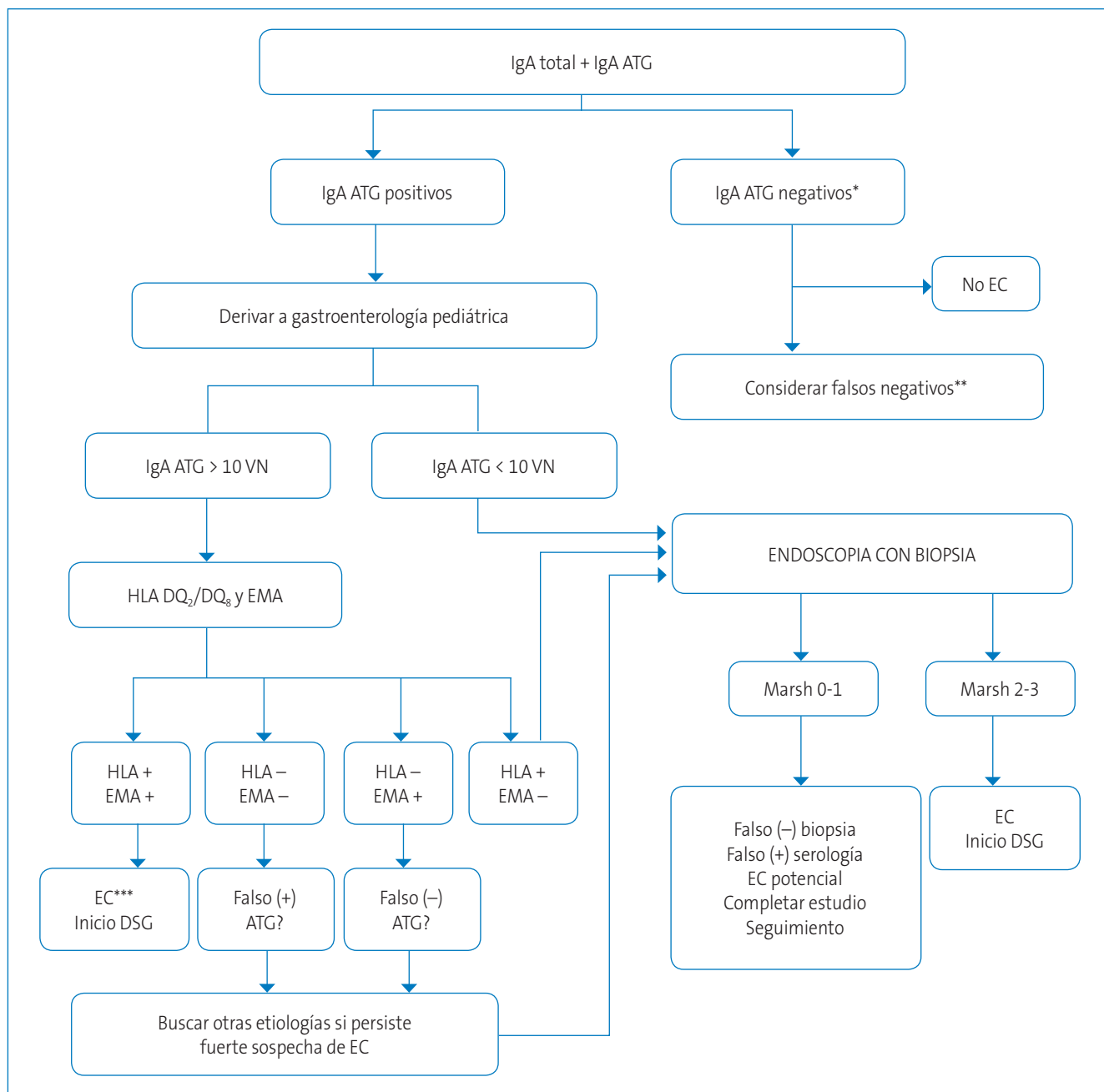


Figura 2. **Indicaciones de BI para pacientes sintomáticos con sospecha de EC^{1,2}.**

ATG: anticuerpos antitransglutaminasa; DSG: dieta sin gluten; EMA: anticuerpos antiendomisio; EC: enfermedad celiaca; IgA: inmunoglobulina A; HLA: antígeno leucocitario humano; VN: valores normales.

¹Si la sospecha de EC es alta, se debe realizar la biopsia intestinal incluso si las serologías son negativas^{1,3}.

²Pacientes con déficit selectivo de IgA, niños por debajo de los 2 años, escaso consumo de gluten, fármacos inmunosupresores, coexistencia de otras enfermedades autoinmunes, etc.³. En estos casos, cabe valorar la utilidad de los IgG ATG o los anticuerpos antipeptidos deaminados de gliadina (DGP) de clase IgG^{3,4}. La realización de una determinación u otra dependerá de la idiosincrasia de cada hospital y, sobre todo, de las herramientas que tenga disponibles⁵.

³En los nuevos criterios de la ESPGHAN¹, se describió que la evaluación histológica puede omitirse en pacientes sintomáticos con niveles altos de IgA ATG (10 veces por encima del límite superior de la normalidad), verificados por EMA positivos, y heterodímeros HLA DQ₂ o HLA DQ₈ positivos. En un estudio europeo del año 2017, K. J. Werkstetter *et al.*⁵ observaron que la presencia de cualquier síntoma junto con las serologías IgA ATG >10 VN y EMA positivos eran capaces de identificar niños celíacos con un valor predictivo positivo (VPP) del 99,75%. El VPP ascendía a 100% si solo se tenían en cuenta los síntomas de malabsorción. Así pues, se concluyó que, al aplicar estrictamente los nuevos criterios de la ESPGHAN, se podría haber evitado la biopsia en el 50% de los niños afectados en la práctica clínica y, además, sin ningún riesgo de sobrediagnóstico (100% de especificidad).

Tabla 1. **Recogida de las muestras**³.

1 de bulbo y 4 de la segunda porción duodenal
Las biopsias se toman sobre un pliegue circular para evitar el aplastamiento del espécimen y artefactar la muestra
La muestra de bulbo debería remitirse de forma separada en un frasco con formalina, para que el patólogo interprete de forma adecuada los hallazgos en un segmento anatómico que es diferente (presencia de glándulas de Brunner, mucosa gástrica heterotópica o recuentos más bajos de LIE)
Biopsias de antro para test rápido o ultrarrápido de ureasa si no existe test del aliento previo
Biopsias de cuerpo y antro si se desea obtener información acerca de la presencia y tipo de gastritis (por ejemplo, gastritis crónica atrófica autoinmune o de gastritis linfocítica)

LIE: linfocitos intraepiteliales.

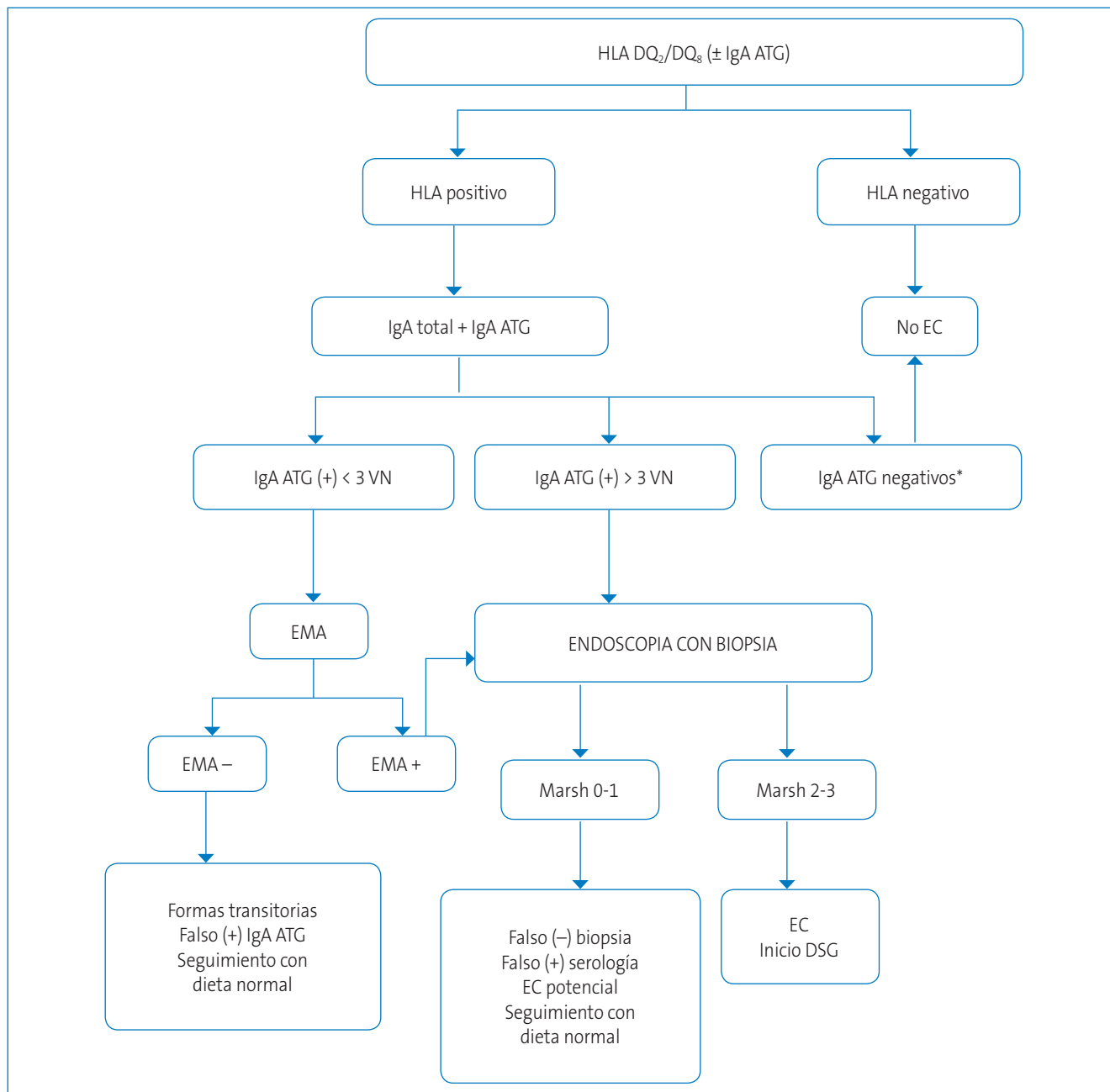


Figura 3. **Algoritmo en niños asintomáticos en grupos de riesgo de EC^{1,2}.**

*Considerar falsos negativos: déficit selectivo de IgA, escasa ingesta de gluten, fármacos inmunosupresores¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabo I, Mearin ML, Phillips A, Shamir R, et al. Guidelines for the diagnosis of coeliac disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2012;54:136-60.
2. Guerrero Fernández J, Cartón Sánchez A, A. Barreda Bonis, J. Menéndez Suso, J. Ruiz Domínguez. Manual de diagnóstico y terapéutica en Pediatría. Libro Verde Hospital Infantil La Paz. 6.ª edición. Madrid: Panamericana; 2017.
3. Grupo de trabajo del Protocolo para el Diagnóstico Precoz de la Enfermedad Celíaca. Protocolo para el diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS); 2018.
4. Hill ID, Fasano A, Guandalini S, Hoffenberg E, Levy J, Reilly N, Verma R. NASPGHAN Clinical Report on the Diagnosis and Treatment of Gluten-related Disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2016;63:156-65.
5. Werkstetter KJ, Korponay-Szabó IR, Popp A, Villanacci V, Salemme M, Heilig, et al. Accuracy of tests for antibodies against tissue-transglutaminase in diagnosis of celiac disease, without biopsy. *Gastroenterology.* 2017;153:924-35.