

C. Gutiérrez Junquera, M. Lillo Lillo,
I. Onsurbe Ramírez

An Esp Pediatr 1999;51:575-576.

Sr. Director:

En un artículo reciente de Paricio y colaboradores, los autores exponen los problemas de salud encontrados en una población de 242 niños saharauis procedentes de los campamentos de refugiados de Tindouf (Argelia) y acogidos en vacaciones por familias españolas a través de asociaciones humanitarias⁽¹⁾.

Los autores encuentran retraso pondoestatural en el 28-32% y anemia-ferropenia en el 26-17% (respectivamente) de dichos niños, atribuyendo dichos hallazgos al tipo de alimentación y condiciones de vida que sufren los niños en dichos campamentos ubicados en el desierto. Aunque las carencias nutritivas constituyen un factor esencial, deben excluirse otras causas posibles no reseñadas por estos autores.

Comunicamos el estudio de nuestro Hospital de 2 niñas procedentes del Sahara en los años 1996 y 1997 respectivamente. Se trata de 2 niñas de 10 y 8 años de edad. A su llegada a nuestro país se observó un retraso ponderoestatural, y una analítica rutinaria objetivó la presencia de una anemia microcítica e hipocroma grave debida a deficiencia de hierro (Tabla I). En una de las pacientes se había realizado previamente tratamiento con sulfato ferroso oral a dosis terapéutica durante 3 meses, con buen cumplimiento, sin evidenciarse mejoría de la anemia. No existía evidencia de sangrado gastrointestinal macroscópico ni de otros sistemas, aunque una de ellas presentaba sangre oculta en heces positiva. El hábito intestinal era normal, al menos durante el período de observación en España. Los estudios parasitológicos fueron negativos. El estudio de inmunoglobulinas fue normal. La determinación de anticuerpos anti gliadina (clase IgA) y de anticuerpos anti endomisio (clase IgA) fue positiva en ambas niñas con títulos altos. La biopsia yeyunal demostró en ambos casos la presencia de atrofia vellositaria hiperplásica, instaurándose dieta exenta de gluten. La dieta se acompañó de incremento ponderal y estatural, mejoría del estado general y de la actividad física, así como la normalización de la hemoglobina y los parámetros del metabolismo de hierro (Tabla I).

La anemia ferropénica refractaria al tratamiento es una de las formas paucisintomáticas de presentación de enfermedad

Deficiencia de hierro y enfermedad celiaca en niños saharauis

Tabla I Datos clínicos y analíticos de las dos pacientes

	Caso 1		Caso 2	
	Al diagnóstico	Tras 1 año de dieta sin gluten	Al diagnóstico	Tras 1 año de dieta sin gluten
Peso(kg)	20 (<p3)	35 (p-25-50)	17 (<p3)	29 (p50)
Talla (cm)	118 (<p3)	132 (p3-10)	114 (<p3)	128 (p25-50)
Hb (g/dl)	5,7	14,2	6,1	14,3
Hcto (%)	22,8	41,1	21,9	42
VCM (fl)	55	75,4	56	78
Hierro (µg/dl)	10	99	12	67
Transferrina (mg/dl)	305	310	380	250
Ferritina (ng/ml)	3,4	28	2	42
Acido fólico (ng/ml)	< 1	4,5	1,2	6,7

celíaca reconocidas, y que se va descubriendo con mayor frecuencia⁽²⁻⁴⁾. Sin embargo, en los niños celíacos españoles en el momento actual es infrecuente detectar cifras de hemoglobina tan extremadamente bajas como las encontradas en estas dos niñas. Lógicamente en este hecho influyen dos factores: la mala absorción de hierro por la enteropatía sensible al gluten y las carencias dietéticas en macro y micronutrientes tan importantes en estos niños. La realización de dieta sin gluten de forma permanente en sus campamentos de origen es prácticamente imposible, ya que dependen de la ayuda humanitaria. En el caso de las dos pacientes reseñadas las asociaciones humanitarias han posibilitado la permanencia de estas niñas en España el mayor tiempo posible hasta la finalización de su crecimiento o la solución del conflicto, con visitas regulares a sus familiares en vacaciones.

Concluimos, por tanto, que la enfermedad celíaca debe ser despistada en los niños procedentes del Sahara que presenten retraso ponderoestatural y anemia ferropénica, por cuanto esta enfermedad no parece infrecuente en este grupo. Esto es además especialmente importante, puesto que su estancia en nuestro país constituye una oportunidad única para que estos niños sean diagnosticados. El seguimiento de la dieta sin gluten en estos casos es un reto difícil de realizar, dadas las carencias a las que

Servicio de Pediatría. Hospital General de Albacete
Correspondencia: Carolina Gutiérrez Junquera. C/ Historia, 35 2º A.
02006 Albacete.

está sometida en la actualidad esta comunidad.

Bibliografía

- 1 Paricio Talayero JM, Santos Serrano L, Fernández Feijoo A, Ferriol Camacho, M, Rodríguez Serrano F, Brañas Fernández P. Examen de Salud en Niños de la República Árabe Saharaui Democrática (noroeste de África) de vacaciones en España. *An Esp Pediatr* 1998; **49**:33-38.
- 2 Kagnoff MF. Celiac disease. A gastrointestinal disease with environmental, genetic and immunologic components. *Gastroenterol Clin North Am* 1992; **21**:405-425.
- 3 Walker-Smith JA. Celiac Disease. En: Walker WA, Durie PR, Hamilton JR, Walker-Smith JA, Watkins JB, eds. *Pediatric Gastrointestinal Disease* vol. 1. Philadelphia: BC Decker 1996:840-861.
- 4 Roy CC, Silverman A, Alagille D. Malabsorption syndrome. En: Roy CC, Silverman A, Alagille D, eds. *Pediatric Clinical Gastroenterology*. St. Louis: Mosby 1995:299-362.

J.M. Paricio Talayero, L. Santos Serrano

An Esp Pediatr 1999;51:576.

Réplica

En relación a la Carta al Director que nos remite la Dra. Gutiérrez, nos parece acertada, y completa el abanico diagnóstico que los retrasos ponderostaturales y anemia deben confirmar.

En una visita reciente a los campamentos de Tindouf (noviembre 98), nos hemos enterado que hay un equipo médico italiano que desarrolla un programa de detección de la enfermedad celíaca. Su trabajo consistió en hacer un "screening" de Ac. anti gliadina y atíndomiso cuyas muestras se procesaron en Italia. Los que dieron resultado positivo fueron llevados a este país y sometidos a una biopsia intestinal. Coincidimos en esta visita

con una dietista enviada por este grupo cuya misión es educar a las familias de estos niños en el uso de la dieta sin gluten, labor que le resultaba ardua dadas las limitaciones de elección de dieta que tienen y la dificultad que entraña introducir un concepto nuevo en una sociedad con otra cultura.

A raíz de esta carta y nuestras averiguaciones, quizás convendría hacer un despistaje analítico más amplio en aquellos pacientes que clínicamente lo hagan sospechar. Aunque manteneamos nuestra idea de ser poco agresivos en el número de exploraciones protocolizadas.

Desconocemos, por el momento, la frecuencia de presentación de esta patología que posiblemente publicarán los investigadores italianos, pero es casi seguro que niños celíacos serán enviados a pasar sus vacaciones entre nosotros.

Servicio de Pediatría. Hospital Marina Alta. Denia (Alicante)