

## Historia de la enfermedad celíaca en España

Víctor M. García Nieto

“A primera vista el niño aparece con gran palidez... da la impresión de un globo sostenido por dos palillos”

(Recalde Cuestas JC, Travella EA.

La Medicina de los Niños 1935; 36:326-341)

La enfermedad celíaca constituye una de las entidades nosológicas más importantes y que más bibliografía ha generado en la moderna Gastroenterología Pediátrica y en la Pediatría, en general.

El conocimiento de la patogenia y del tratamiento de los enfermos con enfermedad celíaca, ha progresado notablemente desde que Willem-Karel Dicke estableció la relación entre el consumo de gluten y la aparición de los síntomas de la enfermedad. No obstante, la afección celíaca se conoce desde antiguo. Durante siglos, los médicos intentaron tratar la enfermedad con los más variados regímenes dietéticos, al desconocer la patogenia exacta de la enfermedad.

### 1. Areteo de Capadocia

Areteo (Aretaeus) de Capadocia (85?-138 d.C.) fue un médico educado en la cultura griega que trabajó en Roma en la época de Nerón. Pasó a primer plano la dimensión clínica de la medicina intensificando el retorno a la tradición hipocrática<sup>1</sup>.

Procedía de Capadocia, en la actual Turquía Central. Al parecer, se formó en Alejandría: En aquel centro académico egipcio se permitía la disección. Areteo tuvo que haberla practicado mucho para adquirir los ricos y exactos conocimientos que poseía sobre la estructura interna del cuerpo humano. Su obra contiene las mejores descripciones antiguas de enfermedades como la diabetes, el tétanos, la lepra y la tuberculosis pulmonar. Describió el aura y las alucinaciones que preceden a los ataques de epilepsia. Destaca por su originalidad la famosa descripción *princeps* de la angina diftérica y del crup o garrotillo<sup>2</sup>.

Su principal obra es un amplio tratado, que no se ha conservado completo, integrado por cuatro libros que trataban sobre las causas y los síntomas de las enfermedades agudas y crónicas y, otros cuatro, sobre su tratamiento<sup>1</sup>. Su obra se imprimió en Venecia en 1552.

Los cuatro primeros libros se editaron bajo el título *De causis et signis acutorum et diuturnorum morborum*. Fueron estimados junto a los mejores textos hipocráticos como la más brillante aportación de la antigüedad clásica a la medicina clínica y ejercieron una notable influencia<sup>1</sup>. En la séptima sección del libro IV, Areteo describió un trastorno crónico de la *pepsis* y de la *anadosis*, términos que pueden traducirse por digestión y asimilación, respectivamente. Para los médicos de la época, la *anadosis* incluía dos fases, el paso de los alimentos de los intestinos al hígado y, luego, de éste a los tejidos. Según Areteo, el estado celíaco consistía, fundamentalmente, en la eliminación fecal de alimentos no digeridos y en estado parcialmente crudo. Al ser una enfermedad crónica, el paciente se sentía muy débil “debido al hambre del cuerpo”. El término celíaco procede de la palabra griega *koiliakos* (*koelia* significa abdomen en griego), que describe un síntoma característico de la enfermedad en los niños que tienen una presentación clínica clásica, es decir, la distensión abdominal.

La explicación que daba Areteo a este trastorno mixto de la digestión y la asimilación, se basaba en la teoría de la función alimentaria existente en la época. Dependía del

concepto de “calor natural”. Al igual que el calor del sol es necesario para la maduración de los frutos o el calor empleado en la cocina ablanda los alimentos, el “calor natural” del estómago debía ser necesario para la elaboración (*concoction*) de los alimentos necesaria para su posterior absorción. Para Areteo, el estado celíaco estaba, pues, causado por un enfriamiento del “calor natural” necesario para la *pepsis* y la *anadosis* de los alimentos. Por dicha razón, los pacientes celíacos estarían demacrados, hambrientos, pálidos y débiles, al estar desprovistos de la energía necesaria para realizar sus funciones habituales. La exclusión de la actividad “péptica” conduciría al deterioro en el color, olor y consistencia de las heces.

En la séptima sección del libro VIII, Areteo explicó el tratamiento de la enfermedad. Debía ir dirigido a promover la *pepsis*, evitando el enfriamiento y restaurando el “calor natural”. Ese tratamiento incluía el reposo y el ayuno y las medidas terapéuticas de la época destinadas a combatir la flatulencia y la diarrea. La dieta fue mencionada sin excesivos detalles, aunque se sugería en que las bebidas debían ser tomadas antes de los alimentos sólidos.

## **2. Gerónimo Soriano**

La primera referencia española acerca de la enfermedad celíaca, la hemos localizado en un libro escrito casi tres siglos antes que el trabajo de Samuel Gee<sup>3</sup>.

Gerónimo Soriano, médico aragonés nacido en Teruel, publicó en 1600 uno de los primeros libros de Pediatría escritos en lengua castellana, *Método y orden de curar las enfermedades de los niños*<sup>4</sup>. El libro consta de 39 capítulos, cada uno de ellos referido a una enfermedad pediátrica, que incluyen temas tan diversos como *De la curación del pasmo*, *De las nubes de los ojos* o *De la epilepsia, que es la gota coral*. La segunda edición del libro, que también apareció en Zaragoza, aunque en 1690, incluía un nuevo capítulo titulado *Remedio del bolo armeno para los carbúnculos, muchas veces experimentado*.

En el Capítulo II, titulado *De la curación de las cámaras*, Soriano afirmó que podían existir diversos tipos de cámaras (diarreas). Una de ellas, “son dichas celíacas”, en las que “lo que se vacía es con muy poca alteración o mutación”. Líneas después, puede leerse: “De todas estas diferencias de cámaras, tratamos largo en el libro de nuestros experimentos médicos. Allí hallarán remedios maravillosos”.

## **3. Samuel Gee. Escritos posteriores**

El *St. Bartholomew's Hospital* de Londres fue fundado en el año 1.123. Durante siglos, numerosos médicos y cirujanos intentaron aliviar los males de sus conciudadanos mediante el uso de los métodos, técnicas y fármacos propios de la época en la que les tocó vivir. Samuel Gee fue uno de los médicos que trabajó en ese hospital más conocido en el siglo XIX por su contribución a la Pediatría. Samuel Jones Gee, había nacido en Londres el 13 de septiembre de 1839. Su vida concluyó, cuando contaba 72 años de edad, el 3 de agosto de 1911 en la localidad inglesa de Keswick<sup>5</sup>. Había comenzado sus estudios de medicina en el *University College Hospital* de Londres en 1857. Se graduó por la Universidad de Londres en 1861. Pronto empezó a trabajar en el prestigioso *Hospital for Sick Children* de Londres. En 1865, fue nombrado miembro del *Royal College of Physicians*, año en el que obtuvo su doctorado. Un año después comenzó a trabajar en el *St. Bartholomew's Hospital*<sup>5</sup>.

El 5 de octubre de 1887, Samuel fue invitado a dictar una conferencia en el *Hospital for Sick Children*. El contenido de la misma, publicado al año siguiente en la revista *St. Bartholomew's Hospital Reports*, constituye la primera descripción moderna reconocida sobre de la enfermedad celíaca en niños<sup>6</sup>. Gee describió una enfermedad consistente en

una especie de indigestión crónica que podía observarse en todas las edades si bien ocurría, especialmente, en niños con edades comprendidas entre uno y cinco años. Esa enfermedad, se caracterizaba por la presencia de heces blandas no formadas, aunque no líquidas, más voluminosas que la cantidad de alimentos ingeridos, pálidas, como si estuvieran desprovistas de bilis, espumosas y de un hedor a veces muy llamativo como si los alimentos hubieran sufrido *putrefaction* en lugar de *concoction* (digestión). Nuestro autor, había realizado necropsias a algunos de sus pacientes sin encontrar afectados el estómago ni los intestinos u otros órganos digestivos, aunque desconocía si la atrofia que había observado en las criptas glandulares intestinales podía ser importante en la patogenia de la enfermedad. Pensaba que ciertos errores en la dieta, podían ser la causa de la enfermedad con lo que concluyó que *but if fue patient can be cured at all, it must be by means of diet* <sup>6</sup>. En efecto, había comprobado que un paciente al que había prescrito un “cuartillo” diario de los “mejores” mejillones holandeses, había crecido “maravillosamente”, si bien recayó al concluir la temporada del mejillón. En la temporada siguiente no hubo forma de repetir la experiencia. Muchas de aquellas incógnitas comenzaron a tener respuesta a partir de la segunda mitad del siglo XX.

Dos años después de la publicación del pediatra londinense, en la *Revista de Enfermedades de la Infancia*, apareció una referencia a la *Afección celíaca de los niños*. Esa publicación fue fundada en Barcelona, en 1890, por Jaime Guerra y Estapé, Director de la Clínica y Dispensario Médico-Quirúrgico de Enfermedades de la Infancia del Asilo Cuna del Niño Jesús. Constituyó la tercera revista pediátrica cuya edición se iniciaba en Barcelona, después de *El Protector de la Infancia* (1884) y de los *Archivos de Ginecología y Pediatría* (1887). Pues bien, en la sección “Revista de la Prensa” de la citada publicación, el redactor resumió un trabajo publicado en la *Gazette Médicale de Liège* que, a su vez, lo había tomado del *British Medical Journal*, en el que el Dr. Gibbons describió una afección que atribuía “á una acción desconocida del sistema nervioso que dificulta la producción de las secreciones del hígado, del páncreas y de las glándulas intestinales”. Con respecto al tratamiento, se mencionaba que “es necesario tener la atención más escrupulosa sobre todos los detalles del régimen. La leche de vaca debe proscribirse á causa de las propiedades insolubles de su caseína. Debe reemplazarse por la leche de burra”. El resto de la dieta que se recomendaba incluía carne de buey o carnero, añadiéndose “un poco de azúcar en polvo, jalea de fruta y un pellizco de sal”. También, se mencionaban los “bizcochos con manteca fresca, lo mismo que la harina de patatas”. Como fármacos, se recomendaban “el bismuto, la tintura de alcanfor ó elixir paregórico y, en ciertos casos, los preparados mercuriales”.

Ya entrados en el siglo, en 1908, Herter (1865-1911), que trabajaba en Nueva York, publicó nuevos casos de la enfermedad, con el nombre de “infantilismo intestinal”. Este autor, atribuía un origen infeccioso a la enfermedad ligado a la persistencia anormal de la flora digestiva ácida del recién nacido; esta teoría tuvo una gran vigencia en los países de lengua alemana.

En 1909, Heubner (1843-1926) describió algunos casos de “insuficiencia digestiva grave”, en los que podría existir una anomalía de la fermentación de las féculas, debido a una disposición congénita defectuosa o débil de todo el aparato digestivo.

En 1918, Still consideró la enfermedad como un grave trastorno digestivo y aunque observó que el pan agravaba particularmente los síntomas, no fue consciente de la importancia de su observación.

En 1924, Sydney Haas informó del éxito obtenido en ocho niños con una dieta instaurada a base de plátano que excluía el pan, los cereales y los azúcares y que se debía mantener indefinidamente. El autor acertó plenamente al recomendar una dieta sin

gluten a pesar de que no entendió la razón de su éxito, puesto que creía que era el contenido de azúcar de la dieta lo que realmente tenía importancia<sup>7</sup>.

Es en 1928, cuando Fanconi incidió en la posibilidad de presentación de profundas alteraciones metabólicas en niños afectos de esta enfermedad, como hipocalcemia, hipofosfatemia, déficit de vitamina C y, especialmente, acidosis metabólica. Por ello, recomendó administrar alimentos ricos en bases y vitamina C, debiendo consistir, por tanto, la base alimenticia en frutas y jugos de las mismas, añadiéndose legumbres crudas o en forma de purés, suprimiendo las harinas, el azúcar de caña o las papillas, por ser mal tolerados por el intestino y por su tendencia a producir acidosis.

En contraste, en libros de Pediatría muy leídos en nuestro país, como el de Apert, no se hacía referencia a esta entidad, pudiendo leerse únicamente una breve descripción acerca de la dispepsia crónica, en la que “se distingue la dispepsia grasa y la dispepsia atrófica”.

Los pediatras españoles pudieron tener conocimiento de la “insuficiencia digestiva grave” a través del capítulo del mismo título existente en el *Tratado de enfermedades de los niños* del médico alemán Bernardo Bendix traducido al castellano en 1913. El autor, que denominaba a Heubner como su maestro, citaba que son manifestaciones clínicas de la enfermedad “la depresión general, mal humor, inapetencia, cambio de aspecto de las deposiciones y estacionamiento del peso y del crecimiento. El abdomen puede estar meteorizado”. En el texto, se menciona el estudio de Herter en el que se había comprobado un aumento de la eliminación fecal de sales cálcicas que, más tarde, explicaría, al menos en parte, la osteomalacia y la hiperoxaluria que pueden observarse en los niños celíacos. La experiencia en el tratamiento de la enfermedad, a la que se denomina como “una disposición congénita defectuosa o débil de todo el aparato digestivo” permitía a Bendix recomendar la exclusión de la leche de la dieta. Décadas más tarde, esa decisión se explicaría por el déficit transitorio de lactasa que ocurre en este trastorno. Como medicamentos, se recomendaban “de vez en cuando, la lactopepsina, la acidolpepsina, la pancreatina y las tabletas de pancreon” expresión, lógicamente, de que en aquel momento, dentro de la insuficiencia digestiva grave, aún no se había deslindado la enfermedad celíaca de la fibrosis quística.

#### **4. Santiago Cavengt. Escritos posteriores de médicos españoles**

Santiago Cavengt Gutiérrez fue uno de los grandes pediatras españoles de la primera mitad del siglo pasado. Era miembro de la plantilla del Hospital del Niño Jesús de Madrid, en el que se inició la edición de la revista *La Pediatría Española* bajo la dirección del cirujano infantil Aurelio Martín Arquellada. Cavengt fue profesor de la Escuela Nacional de Puericultura y Director del Dispensario Municipal de Puericultura. En 1943, fundó junto con Carlos Sainz de los Terreros, Juan Bosch Marín y Luís Navas Migueloa, la revista *Acta Pediátrica*, mas tarde *Acta Pediátrica Española*, que se sigue editando en la actualidad.

En 1922, Santiago Cavengt, escribió el libro *Endocrinología Infantil*, prologado por Don Gregorio Marañón. Seguramente, constituye el primer libro escrito sobre esa subespecialidad pediátrica en nuestro país. El capítulo 12, se titula “Infantilismo o Patocativismo”<sup>8</sup>. El autor recuerda las distintas clasificaciones de los autores de la época acerca de los infantilismos. Así, se refiere a la división de Bauer en dos grupos, el infantilismo tiroideo o de tipo Brissaud y “todos los demás, o séase (sic) los infantiles de tipo Lorain, a los que, no considerándolos como verdaderos enfermos, sino simplemente como débiles constitucionales, miserables fisiológicos, les dio el nombre de chétivistes (chétivisme), nombre que españolizó Marañón con mucha fortuna, denominándoles cativistas (cativismo)”. Posteriormente, adentrados en el Capítulo,

Cavengt pasa a exponer los “Patocativismos infantiles pluriglandulares” y uno de ellos “el de origen intestinal”. Cita, como primer autor que había estudiado la enfermedad, a Herter, aunque afirma que “Charrin y Le Play ya en el año 1904 escribieron sobre la insuficiencia de desarrollo, de origen tóxico intestinal”. Luego, prosigue diciendo que “este patocativismo ha sido descrito también por Stoos, de Berna, el que admite dos variedades: una que empieza durante el segundo año de la vida (tipo de Herter) y otra que presenta ya como origen alteraciones gastrointestinales durante el primer año (tipo de Heubner).

A continuación, el autor pasa a relatar la historia del niño Andrés Zamorano del Castillo, natural de Quismondo (Toledo) y que constituye seguramente el primer caso publicado de enfermedad celíaca en España. La historia clínica no es absolutamente típica de la enfermedad, puesto que Andrés comenzó “a vomitar desde que nació, sin dejarlo hasta los cuatro años, llevándose sin defecar los seis y siete días, viviendo en estado de atrepsia”. No obstante, más tarde añade “antes, de pequeño, estaba muy estreñido, teniendo luego alternativas de normalidad y diarreas de muy mal olor”. A los nueve años, el paciente medía sólo 90 cm. El abdomen estaba meteorizado y en el análisis de sangre, se encontró “disminución de hemoglobina y glóbulos rojos”. Esta suma de datos, hace pensar que Andrés Zamorano podía tener una enfermedad celíaca, aunque no puede desestimarse la posibilidad de que padeciera una enfermedad de Hirschsprung. En el tratamiento del niño se incluía la leche, “alimento del que creo no debe separarse ni un momento”, harinas, purés, legumbres, proteínas animales y frutas. Como tratamiento farmacológico, Cavengt menciona el arsénico, la estricnina y la lecitina, y da a entender que el paciente, dado que “la débil función pluriglandular indirectamente obedece a la atrofia intestinal”, fue tratado con extractos suprarrenales. El autor, con tristeza, comunica la causa de la muerte de su paciente: “Hemos sabido que el niño murió de la viruela, víctima de la incuria de sus padres, que siempre se negaron a que fuese vacunado, alegando su debilidad”. Finaliza el capítulo, aceptando que conocía la existencia del término “infantilismo celíaco” aunque puntualiza que “le llaman así los autores, como podían denominarle de otro modo; en realidad, son casos de infantilismo intestinal”.

Cuatro años después de la edición de su libro, Santiago Cavengt publica en *La Pediatría Española* dos nuevos casos de enfermedad celíaca, esta vez bajo el término de infantilismo digestivo<sup>9</sup>. El autor repite los conceptos ya mencionados en su libro y, ahora, acepta conocer los trabajos de Gee: “así, Samuel en el año 1888 habla de afección celíaca”. Además, menciona conceptos, nuevos hasta ahora, como la relación de la enfermedad con el metabolismo óseo, de tal modo que “admitimos con Marfan, que entre las causas originarias del raquitismo la más frecuente es la intoxicación crónica digestiva; otros autores como Lehmann, Stollte y Blühdorn hablan de osteoporosis”. Es llamativo que los síntomas de estos casos empezaran muy pronto durante la lactancia. Salvo que en la dieta se introdujeran los cereales muy precozmente, lo cual es muy posible, podría plantearse la posibilidad de que en realidad los niños estuvieran afectados o asociaran otras enfermedades como intolerancia a las proteínas de la leche de vaca o fibrosis quística. Así, el segundo paciente adquirió “al mes de nacer la tosferina, que le duró mucho tiempo, asegurando los padres que aún tose de cuando en cuando, acatarrándose con gran facilidad”.

Los años 30, especialmente el final de la década, no fueron de los más propicios para promover la investigación y el desarrollo científico en nuestro país. De este modo, de esos años sólo conocemos dos trabajos redactados sobre el tema. En 1932, el pediatra de Tenerife Isidoro Hernández González publicó en una revista canaria el primer caso conocido descrito en las Islas Canarias<sup>10</sup>. En 1935, el Dr. Martínez Vargas, a la sazón

catedrático de Pediatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, publicó en “su” revista *La Medicina de los Niños* un artículo, ahora si, utilizando el término enfermedad celíaca<sup>11</sup>. En realidad, se trataba básicamente de un artículo escrito por dos autores argentinos, Recalde y Travella, que lo habían presentado en el V Congreso Nacional de Medicina de Rosario. Martínez Vargas, se limitó a escribir unos comentarios después del citado texto, pero él aparecía como único firmante?

Las revistas pediátricas que se publicaban en 1936 como *La Medicina de los Niños* (Barcelona), *Archivos Españoles de Pediatría* (Madrid), *La Pediatría Española* (Madrid) y *Pediatría y Puericultura* (Granada) desaparecieron para siempre. Curiosamente, en esa década, entre 1934 y 1936, Dicke comenzaba sus primeras experiencias con dietas exentas de trigo.

Concluida la Guerra Civil, en 1943 se reanudaron las publicaciones periódicas pediátricas españolas, con la aparición, como hemos indicado más arriba, de *Acta Pediátrica*, de la que fue cofundador Santiago Cavengt. Ha de ser este autor el que publique en el primer número de la revista, su “Contribución al estudio clínico del síndrome celíaco”<sup>12</sup>. En este artículo, en el que ya acepta ya la nominación actual de la enfermedad y reconoce, asimismo, que fue Gee el que dio a la entidad una “personalidad científica independiente”, presenta las historias clínicas de dos nuevos enfermos, el segundo de los cuales había nacido con imperforación anal. Después de más de 20 años tratando niños con celiaquía, Cavengt resumió sus conocimientos sobre la enfermedad, algunos de ellos ahora muy discutibles como, por ejemplo, “la celíaca (sic) idiopática no puede admitirse y siempre es secundaria a una enterocolitis aguda o subaguda hecha crónica en un determinado grado de intensidad” o “el pronóstico de estos enfermos es el mismo que el de un enterocolítico común crónico”.

El autor, que ya no emplea el término patocativismo, resume las tres teorías patogénicas existentes en la época: “la que defiende la influencia tóxica de origen bromo-infectivo, que actuaría sobre la mucosa intestinal en su función, la absorción, la que da intervención prima a una alteración de las glándulas suprarrenales y la que sostiene la intervención de la avitaminosis”. Esta última hipótesis, entonces en boga, había sido propuesta por Dubois, quien pretendía explicar la etiopatogenia de la celiaquía por una teoría esencialmente vitamínica ligada al factor termostable del complejo vitamínico B2, la lactoflavina. El autor postulaba que “parece que la vitamina B2 sería capaz de intervenir en la regulación del proceso de la absorción de la mucosa intestinal”.

Cavengt, resume, pues, que la enfermedad se trata de una “enterocolitis crónica, en su doble aspecto dieto-infectivo, que determinaría, dada una absorción defectuosa, un metabolismo imperfecto y una intoxicación crónica, lenta, del organismo en general, un estado tóxico de esencia íntima ignorada”. Asimismo, cita los datos relativos a la mortalidad que aparecen en los distintos trabajos de la época que oscilaban entre un 11% para la serie de Shaap hasta un 50% para la de Knofelmacher. Al comentar el tratamiento, el autor menciona al maestro francés Marfan, el cual señalaba que “dada la oscuridad que reina en la etiopatogenia de esta enfermedad, el tratamiento tiene que descansar en una base empírica”. La experiencia había enseñado, ahora, que una buena forma de iniciar la realimentación de los niños era a base de harina de arroz y de zumos de frutas. Nuestro autor, menciona los regímenes propugnados por Haas y Fanconi, así como los recomendados por Marfan compuestos a base de leches modificadas (leche albuminosa, kefir) o la mas “exótica” de Ribadeu-Dumas configurada por “aleuronas del tornasol, prótido vegetal, papilla hecha con agua, leche agria o caldo de carne”. En todas estas dietas, la experiencia adquirida por los grandes clínicos había aconsejado, de forma empírica, pero efectiva, retirar ciertos cereales y, en muchos casos, la lactosa, de la dieta de los niños celíacos.

En 1945, el entonces profesor de la cátedra de Pediatría de la Universidad de Zaragoza, Manuel Suárez Perdiguero, publicó la serie nacional más amplia hasta entonces, constituida por 17 niños celíacos<sup>13</sup>. Desde el punto de vista de las exploraciones funcionales, menciona la comprobación que se había realizado acerca de que estos pacientes tenían una curva de glucemia plana cuando se realizaba por vía oral y normal cuando se verificaba por vía endovenosa. Asimismo, menciona las imágenes obtenidas en el tracto intestinal como tránsito lento de la papilla en el intestino delgado, asas dilatadas y atónicas o imágenes “en lluvia”. El Dr. Suárez insistía en el diagnóstico diferencial de la enfermedad celiaca con la fibrosis quística del páncreas, la lambliasis o la hipovitaminosis B2 y desestimaba las teorías patogénicas del momento enumeradas más arriba, y consideraba, con otros autores como Stolte y Parssons, que la enfermedad era debida a una insuficiencia funcional del intestino delgado, que se comportaría como el de los lactantes de corta edad, preparado únicamente para aceptar el alimento “biológico de la leche de mujer”.

En 1946, de nuevo Cavengt<sup>14</sup> y Muñozerro<sup>15</sup> firmaron en *Acta Pediátrica Española* sendos casos de patocativismo digestivo, el primero, y de síndrome celíaco, el segundo. Dos años después, Guillermo Arce publicó una revisión en la sintetizaba los conocimientos del momento relativos a la dispepsia crónica de la segunda infancia<sup>16</sup>. El autor revisó las sistematizaciones etiológicas de la época en las que se incluían las clasificaciones de autores como Nobecourt, Andersen y Hodges, Ramos y Fanconi, entre otros. El autor exponía su clasificación personal sobre el tema, en la que distribuía las “dispepsias crónicas” en cinco subgrupos, a saber, dispepsias crónicas simples, dispepsia crónica que acompaña a la enfermedad celíaca genuina, dispepsia crónica con seudocelíaca, dispepsias crónicas por insuficiencia pancreática y dispepsia crónica con enteritis o colitis.

En 1949, aparecen dos nuevos trabajos nacionales sobre el tema. El primero, es una espléndida revisión de Luís Torres Marty, de la cátedra de Pediatría de Barcelona<sup>17</sup>, en el que se mencionaban los trabajos de dicha escuela dirigida, entonces, por Rafael Ramos Fernández, en los que se preconizaba “la superioridad absoluta de la harina de algarroba”. El segundo, redactado por Ángel Ballabriga Aguado, se refería al tratamiento de la enfermedad celíaca<sup>18</sup>. En el artículo, que había sido galardonado con el Premio Nestlé de la Sociedad de Pediatría de Madrid, se menciona que “es más importante la eliminación o restricción al máximo de los hidratos de carbono de la dieta que la eliminación o el dar un régimen pobre en grasa”, aunque la restricción “debe ser para determinados hidratos de carbono. Por ello la administración de hidrocarbonados se hará en forma de disacáridos”. La razón de la retirada de los cereales se razonaba “con objeto de evitar o reducir al mínimo la fermentación hidrocarbonada, que es causa de distensión abdominal y diarrea”. El autor propugnaba la eficacia de la dieta a base de bananas, algarrobas y babeurre. En la segunda parte de este trabajo, menciona el desarrollo de una nueva técnica bioquímica en el país como es la determinación de los niveles de aminoacidemia siguiendo el micrométodo de Krauel. Ballabriga demostró el incremento de dichos niveles tras la administración de hidrolizados de caseína, cuyo empleo recomendaba.

En fin, en 1950, apareció en *Acta Pediátrica Española* la referencia de una Reunión de la Sociedad de Pediatría de Madrid en la que se leyó una comunicación titulada “Consideraciones clínicas sobre la celiaquía”<sup>19</sup>. Su autor, no podía ser otro que Santiago Cavengt que, entonces, debía contar 67 años de edad y aún tenía la suficiente ilusión como para seguir estudiando la enfermedad que dio a conocer en España. Poco podía imaginar que el origen de la misma ya había sido esclarecido. Ese mismo año,

Willem-Karel Dicke, pediatra holandés, leyó su tesis doctoral en la que demostró la etiología de la enfermedad celíaca. Pero, eso es ya otra historia.

### **Bibliografía**

1. López Piñero JM. El helenismo romano. En: La Medicina en la Antigüedad. Madrid: Cuadernos Historia 16 1985, pp.18-24.
2. Laín Entralgo P. Historia de la Medicina. Barcelona: Salvat Editores 1978, p. 102.
3. García Nieto VM. Cámaras celíacas y patocativismo o la historia de la enfermedad celíaca en España. Granada: Editorial Comares 1995.
4. Soriano G. Método y orden de curar las enfermedades de los niños. Madrid: Real Academia de Medicina, 1929.
5. Ortigosa del Castillo L. Historia de la enfermedad celíaca (1), Samuel Gee. Can Pediatr 2008; 32:57-59.
6. Gee S. On the coeliac affection. St. Bartholomew's Hospital Reports 1888; 24:17-20.
7. Haas SV. Value of banane treatment in celiac disease. Am J Dis Child 1924; 28:421-437.
8. Cavengt S. Infantilismo o patocativismo. En: Endocrinología infantil. Madrid: Ruiz Hermanos eds. 1922, pp. 131-170.
9. Cavengt S. Infantilismo digestivo. La Pediatría Española 1926; 15:93-109.
10. Hernández González I. Un caso de infantilismo digestivo. Revista Médica de Canarias 1932; 1:215-216.
11. Martínez Vargas A. Enfermedad celíaca. La Medicina de los Niños 1935; 36:326-341.
12. Cavengt S. Contribución al estudio clínico del síndrome celíaco. Acta Ped 1943; 1:25-47.
13. Suárez Perdiguero M. Enfermedad celíaca y síndrome celíaco. Concepto y patogénesis. Rev Esp Pediatr 1945; 1:683-695.
14. Cavengt S. Sobre un caso de patocativismo digestivo. Acta Ped Esp 1946; 4:29-43.
15. Muñozerro Pretil A. Consideraciones sobre un caso de síndrome celíaco. Acta Ped Esp 1946; 4:870-871
16. Arce G. Etiología y clasificación de las dispepsias crónicas en la segunda infancia. Acta Ped Esp 1948; 6:837-841.
17. Torres Marty L. Los estados celíacos. Acta Ped Esp 1949; 7:473-495.
18. Ballabriga Aguado A. Tratamiento de la enfermedad celíaca con especial consideración a sus aspectos dietéticos. Acta Ped Esp 1949; 7:1519-1541.
19. Cavengt S. Consideraciones clínicas sobre la celiacua. Acta Ped Esp 1950; 8:199.