

COMUNICACIÓN

Alopecia Areata **asociada** **a** Enfermedad Celiaca

Alopecia Areata **associated** with celiac disease

Raúl Real Delor*, Carmen Cristaldo**, Verónica Vera***

Especialista en Medicina Interna, Fundación Paraguaya de Celiacos*
Especialista en Anatomía Patológica, Hospital Nacional (Itaugua)**
Residente 3er año de Anatomía Patológica, Hospital Nacional (Itaugua)***
Mail: raulemilioreal@yahoo.com.ar

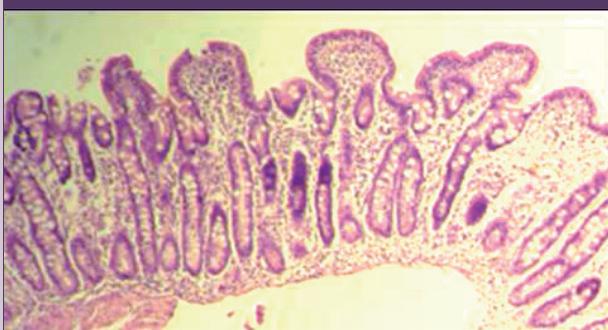
Caso clínico

LVVR, 23 años edad, sexo femenino, consulta en Clínica Médica por dificultad para subir de peso, edema de miembros inferiores y rubefacción de las manos, de unos años de evolución. Fue sometida a estudios laboratoriales diversos, incluyendo marcadores de celiaquía por presentar una hermana con Enfermedad celiaca.

Antecedentes patológicos

Infancia con dolores abdominales inespecíficos, vómitos ocasionales, diarreas esporádicas alternando con constipación desde los 10 años. Menarca a 15 años. Portadora de Alopecia Areata desde los 18 años, con tratamiento local y poca mejoría.

Fig. 1:

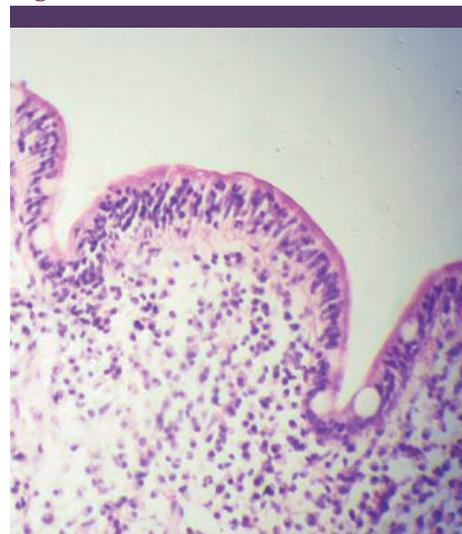


Mucosa duodenal con atrofia vellositaria sub-total. Lámina propia con moderado aumento del infiltrado linfoplasmocitario

Examen físico

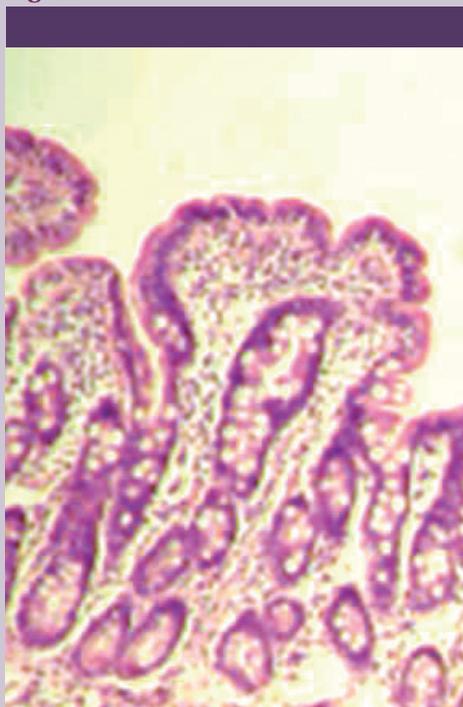
Peso 55,6 kg Talla 1,65 m IMC Presión arterial 100/60 mm Hg, Pulso 76/min, Respiraciones 18/min, afebril. El examen por aparatos y sistemas no revela datos de interés, excepto áreas alopécicas en región occipital, circunscriptas.

Fig. 2:



Mucosa duodenal con apíñamiento del epitelio y presencia de numerosos linfocitos intraepiteliales. Lámina propia con aumento del infiltrado linfoplasmocitario.

Fig. 3:



Mucosa duodenal donde se observa hiperplasia de las criptas.

Evolución

Ante la presencia de marcadores positivos para Enfermedad celiaca es sometida a endoscopia digestiva alta para biopsiar duodeno. El informe del Servicio de Anatomía Patológica revela mucosa con atrofia vellositaria subtotal (Figura 1), apiñamiento del epitelio superficial con numerosos linfocitos intraepiteliales (Figura 2), hiperplasia de las criptas y aumento del infiltrado linfoplasmocitario de la lámina propia (Figura 3). Todos esos hallazgos son compatibles con Enfermedad celiaca. La paciente fue remitida a la Fundación Paraguaya de Celiacos (www.fupacel.org.py) donde fue educada en su afección y sometida a estricta dieta sin gluten. La paciente refiere ostensible mejoría en sus molestias abdominales y rápido incremento en su peso. El estado anímico se recupera. La alopecia mejora en los meses siguientes.

Laboratorio

Hemoglobina 13,9 g/dL, hematocrito 42%, leucocitos 4270/mm³, VSG 13, glicemia 88 mg/dL, urea 21 mg/dL, creatinina 1 mg/dL, colesterol 180 mg/dL, triglicéridos 53 mg/dL, orinacon sedimento normal. ANA + 1:80, anti DNA negativo, antiRO negativo, C3 normal, C4 normal, PCR normal, ANCA C negativo, ANCA P negativo, anti CCP negativo, factor reumatoideo negativo, TSH normal, FT3 normal, FT4 normal, ASTO negativo. Proteinuria 24 hs: 187 mg

Radiografía de manos: normal

Ac IgA antiendomiso: + 1:10, Ac IgA antitransglutaminasa tisular: + 1:203

Discusión

La Enfermedad Celiaca es una enteropatía autoinmune desencadenada por el gluten de ciertos cereales en personas genéticamente predispuestas. Predomina en el sexo femenino y puede manifestarse en cualquier época de la vida, aunque es más frecuente en la infancia.^{1,2} El cuadro clínico clásico se presenta con diarreas crónicas y desnutrición. Algunas veces sus síntomas son inespecíficos: anemia ferropénica, constipación, dispepsia, infertilidad, aftas bucales a repetición, incapacidad para aumentar el peso o la talla. Muchas veces se presenta en forma silente, acompañando a otras patologías: dermatitis herpetiforme, tiroiditis de Hashimoto, diabetes mellitus tipo 1 y otras enfermedades autoinmunes con quienes comparte factores genéticos.³ En el Paraguay, en 62,7% se presenta con los síntomas clásicos, 30,2% tiene presentación atípica y el resto se halla en forma silente.⁴

Para diagnosticar la Enfermedad celiaca se debe tener sospecha clínica, solicitar los marcadores serológicos y, si son positivos, debe confirmarse con biopsias duodenales.⁵ La celiacía se reconfirma con la respuesta a la terapia sin gluten en la dieta.

La asociación a enfermedades dermatológicas se está describiendo con mayor asiduidad.⁶ Aparte de la dermatitis herpetiforme,⁷ que es la manifestación dérmica

ca de esta enteropatía, se asocia con frecuencia a otras patologías del sistema inmunológico: vitíligo,⁸ urticaria crónica,⁹ psoriasis,¹⁰ edema angioneurótico,¹¹ vasculitis leucocitoclástica,¹² eritema nodoso,¹³ síndrome de Behcet,¹⁴ líquen plano oral,¹⁵ dermatomiositis¹⁶ y alopecia areata¹⁷, entre otras.

La alopecia areata es una enfermedad autoinmune mediada por los linfocitos T. Su prevalencia oscila entre 0,1 a 0,2% y afecta de preferencia a personas menores de 30 años. En 16% de los casos, se asocia a otra enfermedad autoinmune. Presenta variantes clínicas como universalis, totalis, ofiasis, difusa. Aunque su diagnóstico es clínico, si se realiza la biopsia de piel se observa un infiltrado linfocítico perifolicular alrededor de los folículos pilosos anágenos. Su curso evolutivo es oscilante, no existe un tratamiento efectivo y afecta mucho la calidad de vida.¹⁸

En relación a la asociación entre celiaquía y alopecia areata, se han visto casos de remisión de la caída de cabellos con la dieta sin gluten.¹⁹

Conclusión

El Dermatólogo debe estar atento ante un diagnóstico de alopecia areata, a la asociación entre enfermedades autoinmunes, sobre todo la Enfermedad celiaca, cuyos criterios diagnósticos están bien definidos y su tratamiento es altamente efectivo, mejorando la calidad de vida de los afectados.

Bibliografía

1. Elson CO. Consensus Development Conference Statement on Celiac Disease. *Gastroenterology* 2005 (128); 1-9.
2. National Institutes of Health Consensus and State-of-the-Science Statements. *Sci Statements* 2004; 21(1): 1-22.
3. Ventura A, Magazzu G, Greco L. Duration of exposure to gluten and risk for autoimmune disorders in patients with celiac disease. *Gastroenterology* 1999 ; 117(2): 297-303
4. Real Delor R, Arza G, Chamorro ME, Dalles I, Ibarra Douglas A. La Enfermedad celiaca en el Paraguay. *Rev Nac (Ituaguá)* 2011; 3(2): 7-15
5. Dickson BC, Streutker CJ, Chetty R. Coeliac disease: an update for pathologists. *J Clin Pathol* 2006;59;1008-1016.
6. Abenavoli L, Proietti I, Leggio L, Ferrulli A, Vonghia L, R Capizzi R et al. Cutaneous manifestations in celiac disease. *World J Gastroenterol* 2006 February 14; 12(6): 843-852.
7. Herrero-González JE. Guía clínica de diagnóstico y tratamiento de la dermatitis herpetiforme. *Actas Dermosifilogr.* 2010;101(10):820-826
8. Seyhan M, Kandi B, Akbulut H, Selimoğlu MA, Karıncaoğlu M. Is celiac disease common in patients with vitiligo? *Turk J Gastroenterol.* 2011 Feb;22(1):105-6
9. Scala E. Urticaria and adult celiac disease. *Allergy* 1999; 54: 1008
10. Cardinali C, Degl'innocenti D, Caproni M, Fabbri P. Relationship between the pathogenesis of psoriasis and coeliac disease. *Br J Dermatol* 2002 Jul;147(1):187-8.
11. Farkas H. Association of celiac disease and hereditary angioneurotic edema. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 2682
12. Meyers S. Cutaneous vasculitis complicating coeliac disease. *Gut* 1981; 22: 61-6413.
13. Bartyk K. Erythema nodosum in association with celiac disease. *Pediatr Dermatol* 2004; 21: 227
14. Triolo G, Accardo-Palumbo A, Carbone MC, Giardina E, La Rocca G. Behcet's disease and coeliac disease. *Lancet* 1995 Dec 2; 346(8988):1495.
15. Fortune F, Buchanan JA. Oral lichen planus and coeliac disease. *Lancet* 1993 May 1;341(8853):1154-5.
16. Iannone F, Lapadula G. Dermatomyositis and celiac disease association: a further case. *Clin Exp Rheumatol* 2001 Nov-Dec;19(6):757-8.
17. Zone JJ. Skin manifestations of celiac disease. *Gastroenterol* 2005; 128 (4 Suppl 1): S87-91
18. Gilhar A, Etzioni A, Paus R. Alopecia Areata. *N Engl J Med* 2012;366:1515-25.
19. Ventura A, Magazú G, Gerarduzzi T, Greco L. Coeliac disease and the risk of autoimmune disorders. *Gut* 2002; 51: 897-898.