



## Enfermedad celíaca

### Síntomas y trastornos psicológicos

Lic: Cristina Sfoggia

La **Enfermedad Celíaca (EC)** es una enteropatía autoinmune inducida por la ingesta de gluten, en individuos genéticamente predispuestos.

En los pacientes celíacos el gluten de la dieta produce una respuesta inflamatoria de la mucosa yeyunal que lleva a la malabsorción de importantes nutrientes como hierro, ácido fólico, calcio y vitaminas solubles en lípidos.

Fisiopatológicamente, la presentación de prolaminas presentes en el trigo, la cebada, el centeno y en menor medida la avena, a células T sensibilizadas en conjunción con los antígenos HLA-DQ2 o HLA-DQ8, lleva a la producción de citoquinas. Las citoquinas causan daño en los tejidos de la mucosa intestinal y activan células plasmáticas que producen anticuerpos anti gliadina, antitransglutaminasa y antiendomisio.

Hasta no hace mucho tiempo era considerada una enfermedad poco común -1 en 1000 a 1 en 3000 nacidos vivos- (1) y más extendida en Europa (2).

En las últimas décadas, el desarrollo de tests serológicos con mayor sensibilidad y especificidad, permitió la investigación de numerosos individuos, muchos de ellos asintomáticos.

Como consecuencia se vio que su incidencia es mucho mayor (1 en 200) y se amplió el espectro clínico.

De acuerdo a los últimos estudios, en nuestro país afecta a 1 de 157 individuos. (5)

En su **forma clásica** se presenta con diarrea, pérdida de peso, y deficiencia vitamínica múltiple. Sin embargo cada vez es más claro que esta forma clásica de presentación, no es, como se pensó, la más frecuente. Hoy en día la condición excede el severo síndrome de malabsorción. El paciente celíaco puede presentarse con tan sólo moderados síntomas abdominales, con malabsorción subclínica o ausente y poca o ninguna pérdida de peso (**forma subclínica**). Cada vez se reportan más casos de EC clínicamente **silente**. Los síntomas pueden manifestarse fuera del intestino, un ejemplo típico es la Dermatitis herpetiforme (3).

Esto ha llevado a que se hable del "iceberg" celíaco (4), cuya parte sumergida incluye sintomatología que afecta a muchos órganos y sistemas.

## **Manifestaciones clínicas**

### **Generales**

Baja estatura

Pérdida de peso

Retraso del crecimiento

Edemas

Pubertad retrasada

## **Gastrointestinales**

Diarrea, esteatorrea  
Distensión abdominal  
Aftas recurrentes, glositis  
Esteatosis hepática

## **Extraintestinales**

### **Hallazgos en laboratorio**

Anemia por deficiencia de hierro y folato.  
Hipocalcemia,  
Aumento de transaminasas y fosfatasa alcalina  
Prolongación del tiempo de Quick.

### **Dermatológicas**

Dermatitis herpetiforme  
Keratosis folicular  
Hematomas

### **Trastornos óseos**

Osteopenia, osteoporosis  
Fracturas  
Dolor osteoarticular

### **Trastornos musculares**

Miopatias, tetania

### **Neurológicas**

Neuropatía periférica, parestesias  
Ataxia  
Epilepsia

### **Trastornos gineco-obstétricos**

Esterilidad femenina y masculina  
Abortos recurrentes.

### **Psiquiátricas/Psicológicas**

Depresión, irritabilidad.

La condición genética de la EC, como ya se mencionó al comienzo, traducida en la presencia del complejo mayor de histocompatibilidad (HLA), DQ2, DQ8, permite suponer que otras enfermedades autoinmunes que comparten alteraciones cromosómicas similares, tengan una importante asociación. Esta hipótesis ha sido comprobada en la diabetes insulino dependiente, la hepatitis autoinmune y la cirrosis biliar primaria, entre otras.

Además, el daño inmunológico inicial de la mucosa intestinal, y la consiguiente producción de autoanticuerpos, explicaría la génesis de enfermedades autoinmunes diversas, que antes se consideraban asociadas pero no originadas por la alergia al gluten (6,7).

## **Enfermedades asociadas**

### *Comprobadas*

Diabetes insulino dependiente  
Cirrosis biliar primaria  
Hepatitis autoinmune  
Tiroiditis de Hashimoto  
Hipotiroidismo, hipertiroidismo  
Deficiencia de Ig A  
Síndrome de Sjögren  
Colitis microscópica  
Nefropatía mesangial por Ig A  
Artritis Reumatoidea  
Síndrome de Down  
Calcificaciones cerebrales con epilepsia  
Alveolitis fibrosante  
Pericarditis recurrente  
Hemosiderosis pulmonar idiopática

### *Asociaciones probables*

Malformaciones congénitas  
Enfermedad inflamatoria intestinal  
Lupus, vasculitis  
Polimiositis, iridociclitis, coroiditis  
Miastenia gravis, Sarcoidosis, Addison  
Enfermedad fibroquística, Trombocitopenia y  
Anemia hemolítica autoinmune.

## **RESUMEN**

- En la Enfermedad Celíaca, el gluten de la dieta causa inflamación del intestino delgado, que afecta la absorción de importantes nutrientes, incluyendo, hierro, ácido fólico, calcio y vitaminas solubles en lípidos
- Los estudios muestran que la EC es un trastorno común, que afecta aproximadamente a 1 individuo en 200 de la población general, siendo la mayoría diagnosticado en la edad adulta.
- Muchos pacientes presentan pocos síntomas y a menudo están ausentes los gastrointestinales.

- La EC debería ser considerada en un amplio rango de situaciones clínicas incluyendo anemia u osteoporosis y en pacientes con una serie de trastornos asociados como la Diabetes Mellitus tipo 1.
- El diagnóstico y el rastillaje de la EC, se ha facilitado por el advenimiento de tests serológicos anticuerpos antiendomiso.
- El tratamiento consiste en una dieta libre de gluten de por vida.

## SÍNTOMAS PSÍQUICOS

Parece haber una **alta prevalencia de síntomas y trastornos psiquiátricos y psicológicos**, especialmente de tipo depresivo en pacientes celíacos adultos, como así también trastornos conductuales en niños y adolescentes. Las descripciones e investigaciones han referido desde cansancio hasta esquizofrenia.

Me propongo realizar una revisión de las principales publicaciones sobre el tema, atendiendo a los diferentes mecanismos que podrían estar implicados.

Ya en 1932 el danés Hess Thaysen dice: "Una de las principales quejas en el sprue no tropical es el **cansancio**. Este es probablemente en parte de origen psíquico, ya que la fatiga a menudo persiste después del mejoramiento y se mantiene aún cuando el paciente haya ganado peso" (Hess Thaysen HE: 1932: Non-tropical Sprue. Munksgaard, Copenhagen, citado por Claes Hallert en "Epilepsy and other neurological disorders in coeliac disease").

Pero estas observaciones no son tomadas muy en cuenta hasta que Dicke establece en 1950 la relación entre el consumo de gluten y EC y el consiguiente tratamiento: la dieta libre de gluten (DLG).

Seis años después, Daynes (8) describe en 40 niños celíacos de 1 a 5 años, un síndrome caracterizado por **irritabilidad, berrinches y negativismo** quienes respondieron notablemente a la dieta libre de gluten en unos pocos días.

Posteriormente el mismo autor extiende sus observaciones a pacientes adultos, mostrando lo que él llama "**síndrome de insomnio, depresión y dolor de cabeza**".

En la medida en que estos resultados no pudieron ser corroborados, decayó el interés por el estado mental de los pacientes celíacos, aunque anecdóticamente se los continuaba describiendo como **mentalmente peculiares, nerviosos, inestables, depresivos e incluso esquizofrénicos**. (9,10)

Es conveniente aclarar que si bien mucho se ha hablado sobre la hipótesis de la **relación entre EC y esquizofrenia** (10) propuesta por Dohan, la misma **no ha podido ser corroborada**. (11, 12)

En 1970 Goldberg (12), realiza la primera evaluación psiquiátrica estandarizada en un grupo de 46 pacientes celíacos bajo dieta libre de gluten. Encuentra una alta incidencia de **rasgos depresivos**, sin relación con los síntomas gastrointestinales, ni con el estado nutricional. En el seguimiento a un año observa que aquellos individuos que permanecían enfermos, tenían más a menudo una **historia familiar de enfermedad psiquiátrica** que quienes mejoraban. Llega a la conclusión de que los signos de depresión que comúnmente se encuentran en los pacientes celíacos, posiblemente tengan **relación con factores genéticos**. No encuentra pacientes esquizofrénicos en sus observaciones.

Posteriormente (1992), un estudio realizado en Alemania por Vaitl y Stouthamer-Geisel con 182 pacientes a quienes se evaluó mediante un cuestionario autoadministrado, el Symptom Check List Revised (SCL 90-R), encontró que los pacientes celíacos tenían una **historia previa de síntomas psíquicos** por la que habían recibido tratamiento medicamentoso (en un 32%) y psicoterapéutico (en un 14%). Resumiendo la sintomatología psicológica, los autores concluyen que los celíacos muestran un distintivo **estado "psicovegetativo" de agotamiento remarcando un componente depresivo**.

Ya en 1982, Hallert y Derefeldt (13) habían hecho similares observaciones en un área de Suecia con alta prevalencia de enfermedad celíaca reportando que el 21% (8 de 42) había recibido atención psiquiátrica previamente al diagnóstico de EC, siendo el diagnóstico de depresión, el más frecuente.

En un estudio posterior, con 16 pacientes recientemente diagnosticados, Hallert y Aström (14), encuentran niveles significativamente altos en la escala 2 **Depresión solamente** del Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), en comparación con un grupo control de pacientes quirúrgicos. Interesantemente este resultado no correlacionó significativamente con los síntomas abdominales y los autores describen un característico humor depresivo en los pacientes celíacos, diferente al de otras condiciones médicas, como por ejemplo colitis, quienes además tienen altas puntuaciones en las escalas 1 Hipocondriasis y 3 Histeria (la tríada neurótica). Esto los lleva a considerar a la **psicopatología depresiva como un rasgo de la EC** en los adultos, posiblemente **consecuencia de la malabsorción**.

Un estudio realizado en Italia en 1998 (16), evaluó específicamente depresión en 92 pacientes celíacos adultos contrastándolos con 100 individuos normales y 48 pacientes con hepatitis crónica persistente. Utilizaron la versión modificada del Zung Self-Rating Depression Scale, concluyendo también que **los síntomas depresivos constituyen un rasgo característico de los pacientes celíacos**, independientemente del momento del diagnóstico, ya que la edad del mismo y la duración del tratamiento no correlacionaron con depresión. Identificaron **3 factores principales: reactividad, pesimismo y astenia-anhedonia**.

Otro estudio italiano (17), investigó **Ansiedad y Depresión** utilizando la Escala de Ansiedad Estado-Rasgo de Hamilton y el Zung Self Rating Depression Scale respectivamente, encontrando una ansiedad estado elevada en el grupo de pacientes celíacos (n.35) en relación al grupo control de individuos sanos (n 59), al momento del diagnóstico. Ésta decreció significativamente luego de un año de tratamiento, lo que posiblemente muestre su origen reactivo. Con respecto a la **depresión**, ésta también se

halló en un elevado número de pacientes pero **se mantuvo sin cambios significativos después de un año aun con dieta libre de gluten**. Los autores proponen que este resultado podría estar relacionado con una **reducción en la calidad de vida**.

## DISCUSIÓN

A pesar de las diferencias existentes en las investigaciones, en cuanto a población, materiales y métodos, que imposibilitan la comparación entre las mismas, podemos decir que hay suficiente **coincidencia** en cuanto a que **la depresión se presenta en un mayor número de individuos y con más severidad entre los pacientes celíacos que en la población general**.

**No existe** en cambio, **acuerdo con respecto a los efectos que el tratamiento**, la Dieta Libre de Gluten, tiene sobre dichos síntomas, habiéndose reportado mejoría en algunos casos (19,20), pero no en otros (17,21).

Considerando que **la depresión** es, como se ha visto un síntoma bastante frecuente, que **está presente en aproximadamente un tercio de los pacientes celíacos**, se plantean varios interrogantes en cuanto a su **etiología y características**.

El tema es complejo, por tratarse de una **enfermedad crónica y multisistémica**.

Por una parte se debe tomar en cuenta su relación con **factores mayormente biológicos**. En primer término los **nutricionales**, ligados a la malabsorción y sus consecuencias, pero también factores **genéticos** (12), **inmunológicos** y **endocrinológicos** (22)

Pero además se debe considerar la incidencia de **factores psicoambientales** varios, entre los que se destacan: el hecho de tratarse de una **enfermedad crónica** (23), al menos hasta el inicio del tratamiento el **padecimiento generado por los síntomas** (relación con calidad de vida) y **los inconvenientes de tener que seguir la dieta libre de gluten de por vida**.

Inicialmente la hipótesis que recibe mayor atención busca establecer una relación etiológica entre **los síntomas y trastornos depresivos y la malabsorción de nutrientes**: **La malabsorción** puede interferir con la capacidad del organismo para la producción de **neurotransmisores** que regulan el humor. En particular las deficiencias relativas a la malabsorción de **triptofano** necesario para la producción de **serotonina**, neurotransmisor central en la regulación del estado de ánimo y la ansiedad. (18)

Los trabajos de Hallert y col. se orientan en esta dirección. (15). Ellos determinaron las concentraciones de los metabolitos de las tres principales monoaminas en el líquido cefalorraquídeo de 10 pacientes. Encontraron una significativa reducción en los niveles de 5-HIAA (70.3 +/- 25.4 pmol/ml). HVA (128.2 +/- 58.3 pmol/ml), y MOPEG (27.7 +/- 7.4

pmol/ml), indicativos de una reducción en el metabolismo central de las tres monoaminas. Las concentraciones, particularmente las de MOPEG, correlacionaron inversamente con los síntomas depresivos reportados en la escala 2 Depresión del MMPI.

En una investigación posterior (19), evaluaron pacientes que habían seguido una dieta libre de gluten durante un año, encontrando una elevación del 33% en las concentraciones de dichos metabolitos. Con una elevación del triptofano al 10% en líquido cefalorraquídeo. Concomitantemente había mejorado morfológicamente la mucosa yeyunal. Concluyeron que el metabolismo reducido de monoaminas centrales en pacientes celíacos sin tratamiento no está determinado primariamente por factores genéticos, sino probablemente relacionado con una pobre absorción intestinal

Además, varios componentes dietarios están involucrados en la regulación de las síntesis de monoaminas como coenzimas a diferentes niveles. Uno de estos componentes, la **vitamina B6**, es generalmente mal absorbida por los pacientes celíacos.

El mismo grupo escandinavo, (20) realizó el seguimiento de 12 pacientes celíacos que tenían diagnóstico de depresión y que no habían mejorado luego de un año con dieta libre de gluten, habiéndose normalizado los aspectos yeyunales de la enfermedad. Cuando se los reevaluó a los tres años, después de haber recibido una suplementación oral de vitamina B6 (80 mg/día de piridoxina) se encontró una significativa disminución de los síntomas depresivos.

**Otros efectos de la malabsorción** pueden causar síntomas que se confunden y/o superponen con depresión. Por ejemplo, una deficiencia en ácido fólico puede producir fatiga, apatía y fallas en la memoria. Una deficiencia de hierro, con o sin anemia, puede producir sensación de cansancio y fatiga fácil.

Al respecto una investigación italiana (21) evaluó más recientemente la prevalencia, características y asociaciones de **fatiga y depresión**. La muestra comprendió 130 pacientes celíacos, distribuidos en dos grupos: tratados bajo dieta libre de gluten y recientemente diagnosticados con dieta normal, y un grupo control de 80 individuos sanos. Además de los controles de laboratorio, se administraron: una escala visual análoga para fatiga, un cuestionario para síndrome de fatiga crónica, una escala de severidad de fatiga y el Zung Self Rating Depression Scale.

Pero sus resultados plantean nuevos interrogantes, ya que encontraron que **la fatiga es una característica de la EC**, que no guarda relación con los síntomas, el género, la edad al diagnóstico, ni con los exámenes antropométricos y de laboratorio relativos a la sensibilidad al gluten y además mejora poco con la dieta libre de gluten. Confirmando otros estudios, la depresión fue significativamente más severa y frecuente en los pacientes celíacos, pero sólo entre los no tratados se encontró una correlación significativa entre depresión y fatiga. En los pacientes tratados, **la fatiga tiende a disminuir, mientras la depresión se mantiene** o incluso empeora. Los autores concluyen que la fatiga puede tener en parte un origen cognitivo-afectivo.

Este estudio y otros que citaré a continuación parecen indicar que **los aspectos nutricionales no alcanzan a explicar los síntomas depresivos.**

Lohiniemi y col., por ejemplo, encontraron en 1998, una inicial mejoría en la calidad de vida en un grupo bajo dieta libre de gluten después de un año de tratamiento, comparado con un grupo control no celíaco, pero en el seguimiento, ocho años después este grupo empeoró en relación al control. En la misma línea, Adolorato y col. en un estudio ya citado (17) refieren que la depresión se mantiene luego de un año con dieta libre de gluten.

El hecho de tratarse de una enfermedad multisistémica, hace pensar de por sí, en una compleja red de factores interactuando.

Un campo importante para futuras investigaciones será el de la interrelación entre **aspectos neuroendócrinos e inmunológicos.**

En este área, un único (según mi búsqueda en Pubmed) e interesante trabajo realizado en 2002 (22), evaluó a 36 pacientes celíacos contrastándolos con 144 individuos sanos, para estudiar la asociación entre EC y trastornos depresivos y ansiosos e identificar un potencial eslabón patogénico común relacionado con la **función tiroidea** y la **autoinmunidad.**

Encontraron **alta prevalencia de Trastorno de Pánico y Depresión Mayor en aquellos pacientes celíacos con anticuerpos antitiroideos (anti-TPO) positivos. Concluyeron que la asociación con tiroiditis subclínica representa un significativo factor de riesgo** para estos trastornos psiquiátricos

En cuanto a los **factores psicoambientales** es lícito plantearse que la depresión podría estar presente como una **consecuencia del malestar producido por los síntomas** de la enfermedad, más aún en los casos bastante frecuentes, en que el paciente no recibe un diagnóstico inicial y deambula sin encontrar una respuesta a su padecimiento durante años. Sin embargo, es interesante notar que al menos en dos estudios (14,12) la depresión no correlacionó con la sintomatología.

La otra cuestión a tomar en cuenta es la **naturaleza crónica** de la enfermedad. Si bien el estado de los conocimientos no nos permite hacerla extensible a todas las condiciones médicas crónicas, existe una reconocida asociación entre la depresión y dichas entidades (23).

Según los datos aportados por un reciente estudio epidemiológico canadiense que evaluó una amplísima muestra (115.071 sujetos) **la prevalencia anual del Trastorno Depresivo Mayor en personas con una o más condiciones médicas es del 9,2% en comparación con el 4,0% en quienes no reportaron condición alguna** (24). La misma investigación encontró diferencias en relación a las diversas entidades médicas, ascendiendo la prevalencia de DM en personas con trastornos intestinales, Enfermedad de Crohn y colitis, al 16,4%. Investigaciones previas en poblaciones más pequeñas habían ya aportado datos de que esta asociación es más marcada cuando se trata de trastornos gastrointestinales, aunque las razones permanecen poco claras aún. (25, 26)

Al respecto un estudio italiano (27) evaluó el **peso que representa una enfermedad crónica** en relación a los síntomas psiquiátricos de la enfermedad celíaca, el grado de aceptación de la enfermedad y los efectos que la dieta tiene sobre la calidad de vida. A tal

fin evaluaron tres grupos de 100 individuos (pacientes celíacos, diabéticos y controles sanos respectivamente) utilizando una entrevista semiestructurada en base al DSM IV y las escalas autoadministradas para Depresión y Ansiedad Estado –Rasgo de Hamilton. Los resultados mostraron **niveles significativamente altos de ansiedad y depresión tanto en el grupo de celíacos como en el de pacientes diabéticos**, en comparación con los controles sanos. Además la duración de la restricción de gluten correlacionó con niveles significativamente más altos de Depresión en los pacientes recientemente diagnosticados. Los autores concluyen que **los trastornos afectivos frecuentes en las personas celíacas se hallan ligados al hecho de tratarse de una enfermedad crónica**, como la diabetes, por una parte y a **las dificultades para ajustarse a la dieta**, y no deberían ser considerados rasgos de la enfermedad en sí misma.

Otra investigación (28) sugiere la presencia de un perfil **psicológico específico o perfil celíaco**. Las principales características del mismo serían la **irritabilidad** acompañada de una elevada **reactividad psicofisiológica** y un tipo de **conformismo** que refleja tanto la **dificultad para expresar los sentimientos** como el **deseo de mostrar una buena imagen**. Las autoras proponen que esta mayor reactividad psicofisiológica puede estar relacionada con la preocupación y el peso de sobrellevar una enfermedad crónica (el paciente está siempre atento a la posible aparición de los síntomas) así como con la hipervigilancia en relación a la alimentación (estar siempre atento a la dieta, temor a la contaminación por gluten, estar en alerta). La tendencia a una conducta conformista puede relacionarse con la evitación de situaciones de mayor exposición coherente con un estilo de vida limitado por la presencia de una enfermedad crónica.

Esto nos lleva a un importante tema a tomar en cuenta, que está siendo muy estudiado últimamente, se refiere a las limitaciones que el tratamiento, la DLG, impone a los pacientes de por vida.

Este aspecto tiene una gran influencia especialmente a la hora de evaluar la calidad de vida de los pacientes.

Las **restricciones de la dieta** parecen incidir más de lo que se creía en el estilo de vida de los pacientes celíacos interfiriendo fuertemente en las actividades cotidianas y la vida social. Una encuesta realizada a 274 pacientes celíacos (74% de los cuales eran mujeres) (29) mostró varias áreas en las que el mantenimiento de la DLG tiene un impacto negativo tales como: salidas, comer afuera, con la familia, en los viajes y en el trabajo.

En un interesante estudio sueco (30) se investigaron las situaciones que a menudo llevan a confusión e incomodidad en relación a la enfermedad, generando conflictos (dilemas) a las personas celíacas bajo DLG. Los resultados indicaron que los mismos afectaban las emociones, las relaciones interpersonales y la vida diaria de los pacientes celíacos en diferentes ámbitos: en el trabajo, durante las compras, en los viajes, comiendo afuera y en casa. Los sentimientos predominantes fueron: el aislamiento, la vergüenza, el temor a la contaminación por gluten y la preocupación por molestar. En las relaciones interpersonales situaciones como ser olvidados o descuidados, no querer llamar la atención por la enfermedad y evitar hablar del tema o descuidarse para no quedar expuestos. Por último, las complicaciones en la vida diaria se relacionaron con la menor oferta de productos libres de gluten, el doble trabajo y el estar permanentemente atentos y alertas.

Los resultados no son parejos, las cuestiones de género también parecen incidir, existiendo acuerdo en que este impacto es especialmente importante en las mujeres y que lleva a una marcada reducción en la calidad de vida (28,31)

## CONCLUSIONES

Desde un paradigma Bio-psico-social, entendemos la salud y la enfermedad como continuos dentro de un espectro, como estados dinámicos y variables resultado de la interacción de factores medico-biológicos, psicológicos (emociones, pensamientos, conductas, estilo de vida) y sociales (influencias culturales, relaciones familiares, apoyo social).

Por sus particulares características, por ser multisistémica, por ser crónica y por el tipo de tratamiento que exige (involucrando un acto altamente social como la comida), la EC es un cuadro complejo.

Como tal pone en primer plano la consideración de un abordaje integrado, tanto en su evaluación como en su tratamiento.

Por otra parte el campo de los trastornos psiquiátricos también es muy complejo y multideterminado. La Depresión es un trastorno heterogéneo y con un curso altamente variable.

Hoy en día tres hipótesis centrales intentan dar cuenta de la etiología de la misma: la referida a factores genéticos, la de las deficiencias monoaminérgicas y la teoría del estrés crónico-eje hipotálamo-hipófiso-adrenal. (32)

Las diferencias en los resultados de las investigaciones citadas, parecen dar cuenta de estas complejidades haciendo posibles sólo conclusiones provisionarias.

Desde este marco, es posible pensar que los trastornos afectivos y en especial la depresión, tan ampliamente referida en los pacientes celíacos puedan explicarse inicialmente como una consecuencia de la malabsorción de nutrientes, acompañada muchas veces por fatiga y dolor, los que incrementan la sensación de malestar y decaimiento. Y probablemente con el sentimiento de abatimiento y hasta desesperanza en las etapas de incertidumbre previas al diagnóstico.

A partir del mismo e instaurada la DLG parecería haber una repuesta inicial de mejoramiento, con el consiguiente alivio, a menudo después de largos períodos con diversos e inexplicables síntomas.

Pero sostenida en el tiempo, las dificultades en el ajuste a la dieta y su interferencia con la vida social, probablemente sean responsables del deterioro en la calidad de vida, manteniendo elevados los niveles de Depresión.

Investigar la presencia de Depresión y tratar la misma si la hubiera, conlleva un doble beneficio. Por una parte incide en el mejoramiento de la calidad de vida del paciente, por otra aumenta la adherencia a la dieta.

Por último, sería importante contar con datos propios de nuestro país dadas las diferencias observadas en los resultados de las investigaciones. Pero fundamentalmente por el hecho de estar el tratamiento tan estrechamente ligado a factores sociales, económicos (costo de la DLG) y culturales.

## REFERENCIAS

1. Trier JS. Celiac sprue  
N Engl J Med 1991; 325:1709-19
2. Feighery C. Celiac disease. Fortnightly review  
Br Med J. 1999; 319:236-9.
3. Pekka Collin, Katri Kaukinen, Markku Mäki. Clinical Features of Celiac Disease Today  
*Dig Dis* 1999; 17:100-106
4. Catassi C, Ratsch IM, Fabini E, et al. Celiac disease in the year 2000: Exploring the iceberg.  
Lancet 1994; 343:200-3.
5. Gomez JC, Salvaggio GS, Viola M et al. Prevalence of celiac disease in Argentina: Screening of an adult population in the La Plata area.  
American J Gastroenterol 2001; 96:2700-04.
6. Toscano V, Conti FG, Anastasi E, et al. Importance of gluten in the induction of endocrine autoantibodies and organ dysfunction in adolescent celiac patients.  
American J Gastroenterol 2000; 95:1742-8.
7. Howdle PD. Immunological aspects of coeliac disease: some systemic perturbations. en "Epilepsy and other neurological disorders in coeliac disease" 1997. eds. John Libbey and Co. pp47-54
8. Daynes G. Bread and tears - naughtiness, depression and fits due to wheat sensitivity.  
Proc. Royal Soc. Med. 1956; 49:391-394
9. Paulley JW. Emotion and personality in the etiology of steatorrhea.  
American J Dig Dis. 1959; 4:352-360
10. Dohan FC. Cereals and schizophrenia: data and hypothesis.  
Acta Psychiatr. Scand. 1966, 42:125-132.
11. Marson Ch, Michetti R, Volterra V. Coeliac Disease and schizophrenia. en "Epilepsy and other neurological disorders in coeliac disease" 1997. eds. John Libbey and Co. pp47-54

12. Goldberg D. A psychiatric study of patients with diseases of the small intestine. *Gut*. 1970, 11:459-465
  
13. Hallert C, Derefeldt T: Psychic disturbances in adult coeliac disease. I. Clinical observations. *Scand J Gastroenterol* 1982; 17:17–19
  
14. Hallert C, Aström J. Psychic disturbances in adult coeliac disease. II. Psychological findings. *Scand J Gastroenterol* 1982; 17: 21-24
  
15. Hallert C, Aström J, Sedvall G. Psychic disturbances in adult coeliac disease. III. Reduced central monoamine metabolism and signs of depression. *Scand J Gastroenterol* 1982; 17: 25-28
  
16. Ciacci C, Iavarone A, Mazzacca G, De Rosa A: Depressive symptoms in adult coeliac disease. *Scand J Gastroenterol* 1998; 33(3):247-250
  
17. Addolorato G, Capristo E, Chittoni C, Valeri C, Masciana R, Ancona C, Gasbarrini G. Anxiety but not depression decreases in coeliac patients after one-year gluten-free diet: a longitudinal study. *Scand J Gastroenterol* 2001; 36:502–506
  
18. Russo S, Kema I, Fokkema M, Boon J, Willemsse P, de Vries E, den Boer J, Korf J. Tryptophan as a Link between Psychopathology and Somatic States *Psychosomatic Medicine* 2003; 65:665- 671
  
19. Hallert C, Sedvall G. Improvement in central monoamine metabolism in adult coeliac patients starting a gluten-free diet. *Psychol Med*. 1983; 13(2):267-71.
  
20. Hallert C, Aström J, Walan A. Reversal of psychopathology in adult coeliac disease with the aid of pyridoxine (vitamin B6). *Scand J Gastroenterol*.1983; 18:299-304
  
21. Siniscalchi M, Iovino P, Tortora R, Forestiero S, Somma A, Capuano L, Franzese M, Sabatini F y Ciacci C. Fatigue in adult coeliac disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005; 22: 489–494.
  
22. Carta MG, Hardoy MC, Boi MF, Mariotti S, Carpiello B, Usai P. Association between panic disorder, major depressive disorder and celiac disease: a possible role of thyroid autoimmunity.

J Psychosom. 2002; 53: 789-793

23. Gagnon L, Patten S, Major Depression and Its Association with Long-Term Medical Conditions.

Can J Psychiatry, 2002; 47:149-152.

24. Patten S, Beck C, Kassam A, Williams J, Barbui C, Metz L. Long Term Medical Conditions and Mayor Depression: Strength of Association for Specific Conditions in the General Population.

Can J Psyquiary. 2005; 49 (4):195-202.

25. Bernklev T, Jahnsen J, Lygren I, Henriksen M, Vatn M, Moum B. Health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease measured with the short form-36: psychometric assessments and a comparison with general population norms.

Inflamm Bowel Dis. 2005; 11(10):909-18.

26. Addolorato G, Marsigli L, Capristo E, et al. Anxiety and depression: a common feature of health care seeking patients with irritable bowel syndrome and food allergy.

Hepatogastroenterology 1998; 45:1559–64.

27. Fera T, Cascio B, Angelini G, Martini S, Guidetti CS. Affective disorders and quality of life in adult coeliac disease patients on a gluten-free diet.

Eur J Gastroenterol Hepatol. 2003 Dec;15(12):1287-92.

28. Ciacci C, Troncone A, Vacca M, De Rosa A. Characteristics and quality of illness behaviour in celiac disease.

Psychosomatics 2004; 45: 336–42.

29. Lee A, Newman JM. Celiac diet: its impact on quality of life.

J. Am. Diet. Assoc. 2003; 103:1533-35

30. Sverker A, Hensing G, Hallert C. "Controlled by food"-lived experiences of coeliac disease.

J Hum Nutr Dietet 2005; 18:171-80

31. Hallert C, Grännö C, Grant C, et al. Quality of life of adult coeliac patients treated for 10 years.

Scand J Gastroenterology  
1998; 33: 933–8.

32. Belmaker RH, Agam G. Major Depressive Disorder. Review Article. Mechanisms of disease.

New England J Med  
2008; 358/1:55-68