

Doença celiaca-

Definindo horizontes

Doença celiaca (DC) é uma enteropatia inflamatória mediada pelo sistema imunológico que ocorre em indivíduos geneticamente suscetíveis que ingerem proteínas das sementes de trigo, centeio, ou cevada. Os sintomas melhoram depois de excluir o glúten da dieta. Estudos durante os vários últimos anos demonstram uma prevalência crescente de DC de aproximadamente 0,5-1, 5% em muitas populações na América do Sul, América do Norte, Europa, África do Norte, o Oriente Médio, Índia, e Austrália, enquanto que DC é raro em Extremo Leste, África subsaariana, e possivelmente em Índios. As manifestações clínicas clássicas envolvem o trato gastrointestinal, enquanto que características atípicas de DC podem envolver áreas extraintestinais. Doença celiaca é associada com muitos distúrbios genéticos e distúrbios auto-imunes, e os parentes de pacientes com DC também têm um risco crescente de apresentar a doença. Indivíduos que produzem as moléculas HLA DQ2 ou DQ8 correm o risco de apresentar a DC. Nosso conhecimento sobre DC tem aumentado rapidamente durante os vários últimos anos, acompanhado por novas perguntas e controvérsias, particularmente relacionadas a diagnósticos. Muitos institutos como a nossa usam endoscopia com múltiplas biópsias do intestino delgado obtidas durante a visualização da mucosa, enquanto outros ainda defendem biópsia por capsula que fornece um espécime maior e al vez seja menos dispendioso do que endoscopia, mas são utilizados raios X no paciente. De maneira similar, algumas instituições orientam as biópsias antes da fixação, enquanto em outras incluindo a nossa, orientamos as biópsias quando estão embebidas em parafina. Controvérsias atuais relativas à histologia de DC incluem a existência de locais específicos do intestino delgado, sistema ótimo de gradação, uso habitual de tingidores especiais, e a importância de lesões leves. Nos e outros notamos mudanças histológicas variantes em partes diferentes do intestino delgado nuns pacientes com CD, com mudanças frequentemente vistas no bulbo do duodeno, sugerindo que a doença se manifesta primeiro nesta região; outros notaram menos variação histológica entre biópsias. Nossa instituição e muitas outras usam o sistema de gradação Marsh modificado por Oberhuber et al., que inclui lesões leves com especificidade relativamente baixa para DC; um sistema de gradação alternativa proposto por Drut et al. enfatiza mudanças arquitetônicas. O aumento de linfócitos intra-epiteliais (IELs) é uma característica marcante da CD, mas é não-específica, ocorrendo em várias outras entidades incluindo distúrbios auto-imunes, sprue tropical, infecção, e duodenite péptica. Recentemente, diferentes valores mínimos para uma densidade normal de IEL no duodeno (20-25 IELs / 100 enterócitos) vs. no jejuno (40 IELs / 100 enterócitos) foram propostos. Além disso, a distribuição de IELs pelas vilosidades talvez ajude a distinguir casos de CD, nos quais IELs têm uma densidade mais uniformemente distribuída pelas vilosidades com um aumento da densidade nas pontas das vilosidades, comparada com o padrão normal "decrecendo". Alguns autores defendem o tingimento imuno-histoquímico rotinal por marcadores de células T, e marcadores de proliferação (Ki-67). Enquanto uma mucosa intestinal pequena, inflamada e plana obviamente sugere um diagnóstico de CD, a maioria dos investigadores concordam que um aumento de IELs desacompanhado por mudanças arquitetônicas, embora seja não-específico, talvez ocorra em CD. Enquanto histologia é no máximo extremamente sugestivo de CD, testes sorológicos desempenham um papel inestimável no diagnóstico. Testes disponíveis determinam os títulos de anticorpos por alfa-gliadina (AGA), a fração proteica do trigo solúvel em álcool, ou de auto- anticorpos como anticorpos antireticulina (ARA) e antiendomísio (EMA), e antitransglutaminase tecidual (TGA). Atualmente, alguns kits para IgA-TGA oferecem sensibilidade e especificidade excelentes para a detecção de CD em crianças, geralmente oferecendo resultados comparáveis ou superiores e/ou vantagens técnicas em relação a outros testes disponíveis. Exceções incluem pacientes com doença hepática crônica / total de soro IgA elevado ou pacientes com deficiência de IgA. Laboratórios devem determinar pontos de corte para seus kits de diagnóstico e população de pacientes. Recentes avanços em técnicas sorológicas levaram a uma variedade de algoritmos/pathways diagnósticos recomendados. Com o melhoramento de testes sorológicos, alguns autores têm sugerido que biópsia talvez não seja necessariamente considerada um "padrão ouro" para todos os novos casos de CD, se títulos de TGA são elevados e o paciente responde a uma dieta livre de glúten. Por outro lado, pacientes com resultados sorológicos e/ou biópsias iniciais equivocadas talvez se beneficiem de estudos adicionais tais como testes sorológicos adicionais ou testes genéticos. O potencial de detecção de CD na população em geral através de testes genéticos ou sorológicos tem recebido bastante atenção. Em resumo, CD é uma doença relativamente comum em muitas partes do mundo, incluindo a América Latina, e a variação atual nas práticas de diagnósticos sugere que talvez sejam definidos horizontes diferentes em populações diferentes, obtendo resultados similares, enquanto estudos continuam para refinar critérios ótimos para diagnósticos.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.