

# Como Diagnosticar Corretamente a Doença Celíaca?

A doença celíaca (DC) é definida como uma resposta imunomediada e permanente ao glúten, proteína presente no trigo, na cevada e no centeio. Trata-se de uma doença caracterizada por inflamação na mucosa do intestino delgado, com atrofia vilositária e hiperplasia de criptas, que ocorre pela exposição da mucosa ao glúten e melhora após a retirada desta proteína da dieta (saiba mais sobre a patogênese da doença celíaca nesse post: [patogenese da doença celíaca](#)). Apresenta um amplo espectro de manifestações clínicas e o diagnóstico é feito através de testes sorológicos e biópsias duodenais por endoscopia digestiva alta (EDA).

## Quem deve ser testado?

- O rastreamento populacional para indivíduos assintomáticos não é recomendado;
- O rastreamento em indivíduos assintomáticos que tenham parente de primeiro grau confirmado deve ser considerado;
- Pacientes com sintomas gastrointestinais sugestivos, quais sejam:
  - Alteração do hábito intestinal como diarreia crônica ou constipação;
  - Síndrome de má-absorção;
  - Perda de peso inexplicável;
  - Dor abdominal;
  - Distensão ou *bloating*;
  - Dispepsia refratária;
  - Síndrome do intestino irritável;
  - Intolerância a lactose refratária.

- Pacientes com sintomas extra-intestinais sugestivos, quais sejam:
  - Anemia por deficiência de ferro, folato ou vitamina B12;
  - Alteração de enzimas hepáticas;
  - Dermatite herpetiforme;
  - Fadiga;
  - Cefaleia recorrente;
  - Perda fetal recorrente;
  - Filhos com baixo peso ao nascer;
  - Infertilidade;
  - Estomatite aftosa persistente;
  - Hipoplasia do esmalte dentário;
  - Doenças ósseas metabólicas e osteoporose precoce;
  - Neuropatia periférica idiopática;
  - Ataxia cerebelar não-hereditária.

## Testes diagnósticos

Os testes diagnósticos devem ser realizados enquanto o paciente estiver ingerindo normalmente o glúten na dieta.

A abordagem diagnóstica é baseada no risco do paciente para doença celíaca:

- **Baixa probabilidade**

- Ausência de sinais e sintomas sugestivos de má-absorção, como diarreia crônica/ esteatorreia ou perda de peso;
- Ausência de história familiar de DC;
- Descendentes de chineses, japoneses ou da África subsaariana.

- **Alta probabilidade**

- Presença de sintomas altamente sugestivos de DC como diarreia crônica/esteatorreia e perda de peso;
- Indivíduos que apresentem ambos os achados abaixo:
  - Fatores de risco que os coloquem como moderado a alto risco para DC: parente de primeiro ou segundo grau com DC, DM tipo 1, tireoidite autoimune, síndrome de Down e Turner, hemossiderose pulmonar (risco moderado);
  - Sintomas gastrointestinais ou extra-intestinais sugestivos de DC (descritos acima).

## Como testar?

- **Indivíduos com baixa probabilidade:** testes sorológicos. O anti-transglutaminase imunoglobulina A (anti-tTG IgA) e o anti-endomísio IgA tem sensibilidade semelhantes. Resultados negativos em qualquer destes testes em indivíduos com baixo risco para DC tem alto valor preditivo negativo e evita a necessidade de biópsias. Já pacientes com testes sorológicos positivos devem ser submetidos a EDA com biópsias duodenais.
- **Indivíduos com alta probabilidade:** testes sorológicos e múltiplas biópsias duodenais devem ser realizadas. As biópsias duodenais neste grupo devem ser efetuadas independentemente do resultado dos testes sorológicos.

# Sobre os testes sorológicos

- A sorologia é um componente crucial para diagnóstico de DC;
- Nenhum teste sorológico é 100% específico para doença celíaca;
- Anti-tTG IgA é o anticorpo mais solicitado para o diagnóstico em adultos e deve ser realizado com IgA sérica para afastar deficiência de IgA;
- Pacientes submetidos à EDA para investigação de quadros dispépticos e cujo duodeno foi biopsiado por achados de atrofia devem ser testados com anti-tTG IgA e IgA sérica;
- Caso o paciente tenha alta probabilidade de DC, EDA com biópsias duodenais devem ser realizadas mesmo com sorologia negativa;
- Em pacientes com deficiência de IgA, a sorologia com IgG deve ser realizada: comumente anti-gliadina deaminada ou anti-tTG.

Leia mais sobre os testes sorológicos para Doença Celíaca aqui:

<https://gastropedia.pub/pt/gastroenterologia/intestino/o-papel-dos-autoanticorpos-no-diagnostico-da-doenca-celiaca/>

## Sobre biópsias duodenais



Bulbo duodenal: coletar 1 a 2 fragmentos para histopatologia



Segunda porção duodenal: coletar pelo menos 4 fragmentos para histopatologia

- São necessários 1 a 2 fragmentos do bulbo (posição 9 ou 12 horas) e pelo menos 4 fragmentos da segunda porção

- duodenal para o correto diagnóstico de DC;
- A EDA também é importante para diagnóstico diferencial de outras síndromes de má-absorção ou enteropatias;
  - Duodenite linfocítica (> 25 linfócitos/100 células epiteliais) na ausência de atrofia vilositária não é específica para DC e outros diagnósticos devem ser considerados, como: infecção pelo *H. Pylori*, uso de anti-inflamatórios não hormonais ou outras medicações, supercrescimento bacteriano do intestino delgado, sensibilidade não celíaca ao glúten, outras doenças autoimunes;
  - A análise histopatológica, classificada de acordo com MARSH ou mais recentemente a classificação simplificada de Corazza, é o padrão ouro para o diagnóstico da doença.

Comparação entre as classificações de Marsh e Corazza

Marsh	LIE Marsh/Corazza	Criptas	Vilosidades	Corazza
Tipo 0	<40	Normal	Normal	
Tipo 1	>40/>25	Normal	Normal	Grau A
Tipo 2	>40/>25	Hiperplásica	Normal	Grau A
Tipo 3 a/b	>40/>25	Hiperplásica	Atrofia parcial ou subtotal	Grau B1
Tipo 3 c	>40/>25	Hiperplásica	Atrofia total	Grau B2
Tipo 4	<40	Normal	Atrofia total	

LIE: linfócitos intraepiteliais (por 100 células epiteliais)

Adaptada de:

*American College of Gastroenterology Guidelines Update 2023*

## Diagnóstico

O diagnóstico é feito quando há sorologia positiva com histopatológico das biópsias duodenais mostrando aumento dos

linfócitos intraepiteliais com hiperplasia de criptas (Marsh 2) ou, mais comumente, com atrofia vilositária (Marsh 3). Se a sorologia for positiva e as biópsias duodenais classificadas como Marsh 0 ou 1, atentar para anticorpos falso-positivos (normalmente em baixa titulação) ou resultados falso-negativos nas biópsias, devendo-se prosseguir a investigação.

## Diagnóstico sem biópsias

- Em crianças, a combinação de altos níveis de anti-tTG ( $> 10 \times$  LSN) e anti-endomísio positivo (em uma segunda amostra) pode ser considerado para diagnóstico. Em adultos sintomáticos que não podem ou não querem ser submetidos à EDA, esse critério pode ser utilizado para o diagnóstico de DC provável;
- Em pacientes com dermatite herpetiforme comprovada por biópsias, o diagnóstico de DC pode ser estabelecido somente pela sorologia.

## Testes HLA DQ2/DQ8

- Presente em quase todos os pacientes com DC, não é necessário para o diagnóstico, entretanto é útil para excluí-la pelo seu alto valor preditivo negativo (maior que 99%);
- Em pacientes com sorologia e histologia divergentes:
  - Se HLA DQ2/DQ8 negativo, DC é descartada;
  - Se HLA DQ2/DQ8 positivo, sorologia positiva e histologia não-compatível: novas biópsias devem ser realizadas após dieta com alto teor de glúten ( $> 10$  gramas/dia, equivalente a 4 fatias de pão/dia por 6 a 12 semanas). Após nova avaliação histológica, se Marsh 0 ou 1 com sorologia positiva, o paciente é considerado com portador de DC potencial;

- Se HLA DQ2/DQ8 positivo, sorologia negativa, porém paciente com sinais e sintomas sugestivos de DC e histologia compatível: se afastados outros diagnósticos diferenciais e houver melhora clínica e histológica após dieta sem glúten, considerar DC soronegativa (é muito rara).

Conheça nosso curso [Gastroenterologia do Consultório](#) e saiba como lidar com as queixas mais comuns que encontramos no dia a dia

## Referências

1. Rubio-Tapia, Alberto MD1; Hill, Ivor D. MD2; Semrad, Carol MD3; Kelly, Ciarán P. MD4; Greer, Katarina B. MD, MS5; Limketkai, Berkeley N. MD, PhD, FACG6; Lebwohl, Benjamin MD, MS7. American College of Gastroenterology Guidelines Update: Diagnosis and Management of Celiac Disease. *The American Journal of Gastroenterology* 118(1):p 59-76, January 2023. | DOI: 10.14309/ajg.0000000000002075
2. Husby, Steffen et al. AGA Clinical Practice Update on Diagnosis and Monitoring of Celiac Disease—Changing Utility of Serology and Histologic Measures: Expert Review. *Gastroenterology*, Volume 156, Issue 4, 885 – 889 | DOI: 10.1053/j.gastro.2018.12.010
3. Ciarán P. Kelly. Diagnosis of Celiac disease in adults. In: J Thomas Lamont (Ed). *Up to date*. 2024

## Como citar este artigo

Arraes L. Como Diagnosticar Corretamente a Doença Celíaca? *Gastropedia* 2024, vol 1. Disponível em:

[gastropedia.pub/pt/gastroenterologia/como-diagnosticar-  
corretamente-a-doenca-celiaca/](http://gastropedia.pub/pt/gastroenterologia/como-diagnosticar-corretamente-a-doenca-celiaca/)