Revista de Gastroenterología de México 91 (2026) 153–154

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx

EDITORIAL

Capacidad predictiva de los niveles de anticuerpos anti-transglutaminasa tisular IgA para identificar atrofia de vellosidades intestinales en personas con enfermedad celíaca. Estudio observacional en un centro de referencia en la Ciudad de México☆

Predictive capacity of IgA anti-tissue transglutaminase antibody levels for identifying intestinal villous atrophy in persons with celiac disease: An observational study at a referral center in Mexico City

La biopsia intestinal es parte integral del diagnóstico de enfermedad celíaca[1]. Históricamente, el diagnóstico de enfermedad celíaca requirió de tres biopsias de intestino; una biopsia inicial con el enfermo en una dieta regular con gluten (que demostrara atrofia de vellosidades), una segunda biopsia con el enfermo en dieta sin gluten (que demostrara mejoría), y una tercera biopsia con el enfermo sometido a un reto supervisado con gluten (que demostrara deterioro)[2]. Afortunadamente, la disponibilidad de pruebas serológicas altamente específicas para enfermedad celíaca redujo la necesidad clínica a una sola biopsia intestinal para confirmación diagnóstica. La precisión diagnóstica con una sola biopsia intestinal al diagnóstico se estimó en 95%, similar al protocolo de tres biopsias de intestino, por lo que este último abordaje diagnóstico dejó de ser necesario[3]. El diagnóstico de enfermedad celíaca se facilitó aún más con el descubrimiento de la transglutaminasa tisular como el autoantígeno de la enfermedad celíaca en 1997 y el subsecuente desarrollo de pruebas serológicas precisas y de fácil acceso basadas en la transglutaminasa tisular[4]. La alta especificidad (promedio > 97%) y adecuada sensibilidad han posicionado al anticuerpo anti-transglutaminasa tisular IGA (anti-tTG IGA) como la prueba serológica de elección para diagnóstico de enfermedad celíaca[1]. Con el paso del tiempo y una mayor experiencia clínica con el uso de anti-tTG IGA fue evidente que, a mayor elevación del anticuerpo, mejor la precisión diagnóstica. Por esta razón, desde el año 2012 las guías de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología, y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) proponen el diagnóstico sin biopsia en niños seleccionados por la presencia de un valor de anti-tTG IGA por arriba de 10 veces el límite superior normal (con un anticuerpo anti-endomisio positivo en otra muestra de sangre)[5]. El abordaje sin biopsia en niños ha sido validado en múltiples estudios prospectivos[6,7]. Sin embargo, el diagnóstico sin biopsia continúa siendo motivo de controversia en otras regiones del mundo, por ejemplo, en los Estados Unidos de América, el diagnóstico sin biopsia en niños con anti-tTG IGA por arriba de 10 veces el límite superior normal se sugiere como alternativa a la biopsia en las guías del Colegio Americano de Gastroenterología (ACG) pero no está recomendado por las guías más recientes de la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (NASPGHAN) que recomiendan confirmación del diagnóstico de enfermedad celíaca con biopsia en todos los casos. El diagnóstico sin biopsia en adultos es aún más controversial y al momento, solo una guía reciente por la Sociedad Europea para el Estu-

☆ Véase contenido relacionado en DOI: https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2025.07.015, A. Fernández-Ramírez, D. Aguirre-Villarreal, G. Rosales-Sotomayor, J.J. Andrade-Rojas, M. Lara-Salazar, E. Kauffman-Ortega, A. Ángeles-Ángeles, P. Rodríguez-García y L. Uscanga-Domínguez . Capacidad predictiva de los niveles de anticuerposanti-transglutaminasa tisular IgA para identificaratrofia de vellosidades intestinales en personas conenfermedad celíaca. Estudio observacional en uncentro de referencia en la Ciudad de México Rev Gastroenterol Mex. 2026;91:155-162.

https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2025.12.006
0375-0906/© 2026 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/).

dio de Enfermedad Celíaca (ESSCD) hace una recomendación condicional para el diagnóstico sin biopsia en adultos menores de 45 años con anti-tTG IGA por arriba de 10 veces el límite superior normal[8]. Por lo tanto, son de gran utilidad los estudios en adultos que informen sobre la capacidad predictiva de anti-tTG IGA para detectar atrofia de vellosidades en diversas poblaciones. En este estudio hecho por Fernández-Ramírez et al.[9], se presenta la experiencia clínica de un centro de referencia especializado en la Ciudad de México con 53 enfermos con diagnóstico de enfermedad celíaca confirmado con biopsia intestinal (que incluyó la revisión de la biopsia intestinal por patólogos gastrointestinales), la mayoría de los enfermos con una presentación clínica clásica que incluye diarrea crónica y/o diversas deficiencias nutricionales. En este contexto clínico, con probabilidad pre-prueba alta, se evaluó la capacidad predictiva de anticuerpos anti-tTG IGA para detectar atrofia de vellosidades intestinales. Entre los 19 (36%) de 53 enfermos celíacos con un resultado de anti-tTG IGA por arriba de 10 veces el límite superior normal, el valor predictivo positivo para atrofia de vellosidades intestinales en la biopsia intestinal fue de 100%. De igual manera, el valor predictivo positivo fue mayor a 90% con resultados de anti-tTG IGA por arriba de tres veces el límite superior normal. Los resultados son relevantes ya que representan el primer estudio que ha evaluado la utilidad clínica de anti-tTG IGA estratificados por el nivel de elevación del anticuerpo para predecir atrofia de vellosidades intestinales en población mexicana con diagnóstico confirmado de enfermedad celíaca. Los resultados en este grupo pequeño de enfermos celíacos en México apoyan el diagnóstico sin biopsia en adultos con niveles altos de anti-tTG IGA y son similares a los reportados en otras poblaciones[10]. La decisión clínica de proceder con un diagnóstico sin biopsia es compleja y debe considerar, entre otras cosas, la opinión informada del enfermo[1]. Desde el punto de vista práctico, el diagnóstico sin biopsia tiene ventajas obvias como ser un abordaje no invasivo, fácil acceso, bajo costo, rapidez, alto nivel de aceptación por los enfermos, y buena precisión diagnóstica[11]. Sin embargo, el posicionamiento global del diagnóstico sin biopsia en adultos dependerá de los resultados de estudios prospectivos y también de la aplicación clínica de nuevas tecnologías diagnósticas no invasivas como la medición de interleucina-2 en sangre total (prueba WBAIL-2) u otras pruebas en sangre cuyo blanco principal sean las células T específicas para gluten[12]. Considero que la biopsia intestinal seguirá siendo parte fundamental del diagnóstico de enfermedad celíaca y tal vez algunas de las limitaciones actuales de la biopsia intestinal podrán superarse con la aplicación de métodos novedosos como inteligencia artificial, medición automatizada precisa de referentes histológicos, o incluso la utilización de la proteómica para evaluación objetiva de la biopsia intestinal[11]. La historia reciente del diagnóstico de enfermedad celíaca se caracteriza por el cambio continuo, apoyado en la generación de nueva evidencia, como lo resume John Keynes en su famoso lema «*When the facts change, I change my mind. What do you do, sir?*».

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Rubio-Tapia A, Hill ID, Semrad C, et al. American College of Gastroenterology Guidelines Update: Diagnosis and Management of Celiac Disease. Am J Gastroenterol. 2023;118:59–76, http://dx.doi.org/10.14309/ajg.0000000000002075.
2. Guandalini S, Ventura A, Ansaldi N, et al. Diagnosis of coeliac disease: time for a change? Arch Dis Child. 1989;64:1320–4, http://dx.doi.org/10.1136/adc.64.9.1320.
3. McNeish AS, Harms HK, Rey J, et al. The diagnosis of coeliac disease. A commentary on the current practices of members of the European Society for Paediatric Gastroenterology and Nutrition (ESPGAN). Arch Dis Child. 1979;54:783–6, http://dx.doi.org/10.1136/adc.54.10.783.
4. Dieterich W, Ehnis T, Bauer M, et al. Identification of tissue transglutaminase as the autoantigen of celiac disease. Nat Med. 1997;3:797–801, http://dx.doi.org/10.1038/nm0797-797.
5. Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabó IR, et al., ESPGHAN Working Group on Coeliac Disease Diagnosis; ESPGHAN Gastroenterology Committee; European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition guidelines for the diagnosis of coeliac disease. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2012;54:136–60, http://dx.doi.org/10.1097/MPG.0b013e31821a23d0.
6. Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabó I, et al. European Society Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Guidelines for Diagnosing Coeliac Disease 2020. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2020;70:141–56, http://dx.doi.org/10.1097/MPG.0000000000002497.
7. Werkstetter KJ, Korponay-Szabó IR, Popp A, et al., ProCeDE study group. Accuracy in Diagnosis of Celiac Disease Without Biopsies in Clinical Practice. Gastroenterology. 2017;153:924–35, http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2017.06.002.
8. Al-Toma A, Zingone F, Branchi F, et al. European Society for the Study of Coeliac Disease 2025 Updated Guidelines on the Diagnosis and Management of Coeliac Disease in Adults. Part 1: Diagnostic Approach. United European Gastroenterol J. 2025;13:1855–86, http://dx.doi.org/10.1002/ueg2.70119.
9. Fernández-Ramírez A, Aguirre-Villarreal D, Rosales-Sotomayor G, et al. Capacidad predictiva de los niveles de anticuerpos anti-transglutaminasa tisular IgA para identificar atrofia de vellosidades intestinales en personas con enfermedad celíaca. Estudio observacional en un centro de referencia en la Ciudad de México. Rev Gastroenterol Mex. 2025, http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2025.07.015.
10. Shiha MG, Nandi N, Raju SA, et al. Accuracy of the No-Biopsy Approach for the Diagnosis of Celiac Disease in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. Gastroenterology. 2024;166:620–30, http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2023.12.023.
11. Jansson-Knodell CL, Rubio-Tapia A, Semrad CE. Controversies and Opportunities of a Nonbiopsy Diagnosis for Celiac Disease. Gastrointest Endosc Clin N Am. 2025;35:739–52, http://dx.doi.org/10.1016/j.giec.2024.12.010.
12. Moscatelli OG, Russell AK, Henneken LM, et al. Blood-Based T-Cell Diagnosis of Celiac Disease. Gastroenterology. 2025;169:1253–67, http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2025.05.022.

A. Rubio-Tapia*

Programa de Enfermedad Celíaca, División de Gastroenterología, Hepatología, y Nutrición, Instituto de Enfermedades Digestivas, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio, EE.UU.

*Autor para correspondencia. Programa de Enfermedad Celíaca, Endowed Chair, Strategic Priorities in Gastroenterology: Celiac Disease, Cleveland Clinic, 9500 Euclid Ave, Cleveland, Ohio, 44195.
Correo electrónico: rubiota@ccf.org