

Perspectivas en Nutrición Humana



Escuela de Nutrición y Dietética
de la Universidad de Antioquia
Vol. 20, N.º 2, julio-diciembre de 2018

Rosa Magdalena Uscátegui Peñuela¹

En los últimos tiempos, he observado que en Colombia, en diversos sectores de la población, muchas personas están renunciando a incluir el gluten en sus dietas, tal y como ocurre en muchas partes del mundo, pese a que en nuestro país al parecer la prevalencia de enfermedad celiaca es baja (1). He querido, por lo tanto, en esta ocasión referirme al tema. El gluten es el principal almacenamiento de proteína de los granos de trigo. Es una mezcla compleja de cientos de fracciones de proteínas relacionadas, principalmente de gliadina y glutenina. Existen proteínas de almacenamiento similares, como secalinas en centeno, hordeínas en cebada y aveninas en avena, todas ellas se conocen como “gluten”. Aunque la principal fuente de gluten es el trigo, también se encuentra en otros cereales, como la avena, la cebada y el centeno (2). El gluten, aunque tiene bajo valor nutricional, es el responsable de conferirle elasticidad y esa consistencia esponjosa de las masas de harina de trigo a los panes, tortas y otros productos de panadería. Es el único ingrediente que confiere tales características y normalmente en los alimentos no existe un sustituto con esas cualidades.

En la actualidad, según el consenso de Oslo, se han reconocido tres condiciones clínicas relacionadas con el consumo de trigo, estas son la enfermedad celiaca, la alergia al trigo y la sensibilidad al gluten no celiaca (SGNC) (3). Brevemente, recordemos que la enfermedad celiaca es una condición inflamatoria de origen autoinmune, cuyos síntomas se desencadenan por la presencia de gluten en la dieta en personas genéticamente susceptibles. La enfermedad se caracteriza por afectar la mucosa del intestino

¹ Editora invitada de la revista *Perspectivas en Nutrición Humana*. Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia (UdeA), Cra. 75 N.º 65-87, Medellín-Colombia.



delgado y se presenta con una variedad de manifestaciones clínicas en los diferentes grupos etarios (4). El diagnóstico se basa en la historia clínica, la serología, la endoscopia y la histología. La segunda condición clínica es la alergia al trigo, en la que la aparición de síntomas puede ser inmediata (mediada típicamente por IgE) o tardía (mediada típicamente por células T); con frecuencia, estos síntomas son respiratorios, cutáneos o digestivos. El diagnóstico se logra teniendo en cuenta los síntomas clínicos, un estudio dietario, exámenes para determinar anticuerpos específicos tipo IgE y pruebas cutáneas (5).

La tercera de las condiciones clínicas relacionadas con el gluten, como ya se mencionó, es la SGNC, que agrupa a personas con síntomas similares a los del síndrome de intestino irritable, desencadenados por la ingestión de gluten, sin presentar los marcadores serológicos ni la predisposición genética característicos de la enfermedad celiaca. A diferencia de esta última, no hay biomarcadores específicos, sino que se visualiza como una enfermedad puramente sintomática, en la que no existen otros riesgos ni complicaciones (3). La existencia de esta enfermedad ha sido motivo de debate en los medios científicos; parte de la controversia se debe a la dificultad para distinguir del efecto placebo los beneficios experimentados al seguir una dieta sin gluten, lo mismo que por la falta de claridad en los mecanismos fisiopatológicos mediante los cuales el gluten induce los síntomas. Algunos investigadores ponen en duda que el gluten sea el desencadenante; los responsables podrían ser otras proteínas presentes en los cereales, como los inhibidores de la tripsina-amilasa y las exotoxinas, lo mismo que los oligosacáridos fermentables y polioles encontrados no solo en los cereales que contienen gluten, sino también en otros alimentos como el brócoli, el ajo, la cebolla, la manzana y el aguacate (3,6).

A finales del siglo pasado y a comienzos del presente, con la puesta en marcha de nuevas técnicas diagnósticas, los pacientes celiacos fueron mejor diagnosticados, por lo que en Estados Unidos la prevalencia pasó de una de cada 10 000 personas a una de cada 133 (7). Hecho que indudablemente atrajo la atención de la comunidad científica y la sensibilización del público en general, pero que no justifica el incremento desbordado de personas que han adoptado una dieta libre de gluten, el cual supera ampliamente el de aquellas personas diagnosticadas con enfermedad celiaca o alergia al trigo. Estudios más recientes en Estados Unidos revelaron menor prevalencia de enfermedad celiaca que la reportada hasta entonces y, pese a ello, mayor adherencia a las dietas libres de gluten. Así lo revela una investigación del país en mención, en la que se usaron datos representativos a nivel nacional de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (NHANES por su sigla en inglés) de 2009-2014, la cual reveló una prevalencia de enfermedad celiaca de 0,69 % (IC 95 % 0,53-0,84 %), en tanto que la proporción de personas que seguían una dieta libre de gluten (1,08 % IC 95 %; 0,80-1,35 %) fue mucho mayor a la de personas con enfermedad celiaca (8).

La tendencia a eliminar el gluten de la dieta comenzó como respuesta terapéutica a la enfermedad celiaca. Luego fue ganando popularidad cuando se aceptó la existencia de SGNC, hasta convertirse en una moda que debería seguir la población en general alentada por blogueros y celebridades, quienes han incorporado este estilo de vida, convirtiéndose en verdaderos líderes

de opinión del mercado. Incluso hay profesionales de la salud que promueven este tipo de dieta con la publicación de libros sobre el tema, que según reconocidos investigadores están llenos de impresiones y exageraciones. El crecimiento de esta tendencia se hace bajo el concepto de *lo saludable*, buscando tener una dieta más sana, bajar de peso, tener más energía, entre otros supuestos. Esta situación ha sido aprovechada e incluso promovida por la industria de alimentos, que ha diversificado la oferta de productos, especialmente en los países desarrollados, en los que se encuentran disponibles alimentos libres de gluten en supermercados y expendios de alimentos crudos o preparados, e incluso se publican libros de recetas con los mismos. El rótulo *libre de gluten* se ha considerado “muy importante” a la hora de hacer la elección de compra de un alimento (9).

Una dieta libre de gluten no está exenta de problemas; para simular las características que el gluten le confiere a los productos de panadería y repostería, es común adicionarles más grasas saturadas para aportar estabilidad y más azúcar para mejorar el sabor, por lo que muchos son de alta densidad energética, asociada con excesos calóricos que conducen al sobrepeso y a la obesidad relacionados con problemas metabólicos. Las dietas libres de gluten se han asociado con deficiencia de vitaminas del complejo B, hierro y folato, dada la falta de fortificación de nutrientes de muchos productos sin gluten. Según estudios revisados por Reilly (9), las personas que siguen dichas dietas sin suficiente diversidad de alimentos tienen mayor riesgo de exposición a compuestos tóxicos, como el arsénico y el mercurio, el primero reportado en forma inorgánica en el arroz, con frecuencia utilizado para la elaboración de productos sin gluten, y el segundo de fuente desconocida. Además, hay inconvenientes desde el punto de vista social; puede ser difícil para las personas con este tipo de régimen compartir en celebraciones comunales, rituales religiosos e incluso cenar con amigos. El régimen en mención también puede ser una fuente de preocupación por la posibilidad de encontrar gluten en salsas, aderezos y alimentos en los que el gluten no puede identificarse fácilmente (10). Por último, está el hecho de que eliminar el gluten de la dieta ante la sospecha de intolerancia puede retardar el diagnóstico de un problema de salud, afectando las tasas de prevalencia y adoptando de por vida un régimen difícil de seguir.

En lo que sí hay acuerdo entre la comunidad científica es que seguir una dieta libre de gluten sin un diagnóstico médico que lo justifique y sin asesoría nutricional es riesgoso para la salud. La recomendación para la población en general es que antes de automedicarse con dietas libres de gluten es conveniente visitar a un especialista y recibir la atención médica requerida para identificar la necesidad o no de seguir ese tipo de tratamiento y, de requerirlo, buscar la ayuda de un nutricionista, puesto que no hay evidencia científica de que las dietas libres de gluten benefician la salud de las personas sin enfermedad. Los nutricionistas y médicos gastroenterólogos tenemos la responsabilidad de mantenernos actualizados sobre el tema para orientar apropiadamente a la población.

Referencias

1. Parra-Medina R, Molano-Gonzalez N, Rojas-Villarraga A, Agmon-Levin N, Arango MT, Shoenfeld Y, et al. Prevalence of celiac disease in Latin America: A systematic review and meta-regression. *PLoS One*. 2015;10(5):e0124040.
2. Biesiekierski JR. What is gluten? *J Gastroenterol Hepatol*. 2017;32:78-81.
3. Cobos-Quevedo OJ, Hernández-Hernández GA, Remes-Troche JM. Trastornos relacionados con el gluten: Panorama actual. *Med Interna Mex*. 2017;3(4):487-502.
4. Felipe M, Rodrigo Q. Enfermedad celíaca. *Rev Med Chil*. 2016;144:211-21.
5. Sicherer SH. Determinants of systemic manifestations of food allergy. *J Allergy Clin Immunol*. 2000;106(5):S251-7. DOI:10.1067/mai.2000.110158
6. Carminatti L, Macedo M, Silverio O. Brazilian Society for Food and Nutrition position statement: gluten-free diet. *Nutrire*. 2016;41(4). DOI: 10.1186/s41110-016-0005-y
7. Fasano A, Berti I, Gerarduzzi T, Not T, Colletti RB, Drago S, et al. Prevalence of Celiac disease in at-risk and not-at-risk groups in the United States: A large multicenter study. *Arch Intern Med*. 2003;163(3):286-92. DOI: 10.1001/archinte.163.3.286
8. Kim HS, Patel KG, Orosz E, Kothari N, Demyen MF, Pырsopoulos N, et al. Time trends in the prevalence of celiac disease and gluten-free diet in the US population: Results from the national health and nutrition examination surveys 2009-2014. *JAMA Intern Med*. 2016;176(11):1716-7. DOI: 10.1001/jamainternmed.2016.5254
9. Reilly NR. The Gluten-Free Diet: Recognizing Fact, Fiction, and Fad. *J Pediatr*. 2016;175:206-10. DOI: 10.1016/j.jpeds.2016.04.014
10. Fry L, Madden AM, Fallaize R. An investigation into the nutritional composition and cost of gluten-free versus regular food products in the UK. *J Hum Nutr Diet*. 2018;31:108-20. DOI: 10.1111/jhn.12502f