



CARTAS AL EDITOR

¿Es nutricionalmente adecuada la dieta exenta de gluten de los enfermos celíacos?



Is the gluten-free diet nutritionally adequate in patients with coeliac disease?

Sra. Editora:

Hemos leído con gran interés el artículo de Salazar et al.¹ sobre la dieta sin gluten (DSG). Ha sido siempre motivo de preocupación la idoneidad a largo plazo de la misma en celíacos. La exclusión de gluten quizás pudiera resultar en una alimentación desequilibrada, y un alto consumo de productos especiales sin gluten, de menor calidad nutricional por su mayor contenido en grasa y azúcares de elevado índice glucémico².

Los autores realizan un estudio comparativo entre la dieta al diagnóstico, y al año de la DSG. No encuentran apenas diferencias en su contenido en nutrientes, excepto una disminución al año de ácidos grasos saturados, y un aumento de monoinsaturados y fósforo.

Hace unos años, nosotros llevamos a cabo un estudio prospectivo con un objetivo similar, pero un planteamiento diferente³, estudiando la composición de la DSG en 27 niños con enfermedad celíaca (edad media: 73,27 meses), comparándola con la de niños sanos, pareados por edad y sexo, por recuerdo de ingesta de 2 días previos, y encuesta de frecuencia de consumo de alimentos. Los niños con DSG ingerían significativamente menos alimentos compuestos básicamente por cereales, condicionado por un menor consumo de pan. Sin embargo, curiosamente los celíacos consumían un número de raciones similar a los controles de pasta, galletas y alimentos similares, lógicamente a expensas de productos especiales sin gluten.

En el análisis de nutrientes, no obtuvimos diferencias entre ambos grupos, observándose en todos ellos dietas hipercalóricas, hiperproteicas e hipergrasas, y pobres en hidratos de carbono y fibra. En ningún caso se observó en la DSG déficit alguno de micronutrientes, ni diferencias con el grupo control.

En algunos estudios se han descrito diversos déficits nutricionales en las DSG, comparándolos en general solo con

los aportes recomendados, pero en pocas ocasiones con un grupo control de niños no celíacos⁴.

El estudio de Salazar et al.¹ es muy interesante, tratando de ver deficiencias nutricionales en los mismos niños al modificar sus hábitos alimentarios. Sin embargo, no encuentran diferencias llamativas, ya que la mayor ingesta de fósforo al año (alta en ambos momentos) carece de relevancia, y la menor de vitamina D en ambos puntos puede reflejar nuestra realidad en población sana (en nuestro estudio, la ingesta de vitamina D fue de 34,4-29,8% con respecto a RDA, sin diferencias entre grupos). Concluyen que las deficiencias, de existir, no serían atribuibles al tratamiento, comentario que compartimos.

Describen los autores una disminución en la ingesta de grasa saturada al año¹, que sorprende por el alto contenido en grasa de los productos especiales sin gluten². En nuestro estudio no encontramos este dato (grasa saturada alrededor del 33% del total de ingesta grasa en ambos grupos)³.

Por lo tanto, la DSG no suele tener diferencias significativas en su composición, y su uso prolongado no debería entrañar un riesgo nutricional añadido comparado con los niños no celíacos. Lógicamente, estos datos se refieren a valores medios, y no se puede descartar que existan casos aislados de dietas no balanceadas con déficit de nutrientes, seguramente no debidos a la simple exclusión del gluten.

Financiación

El estudio de J.M. Marugán et al., al que hace referencia esta carta, fue financiado por una Ayuda a la Investigación Clínica y Epidemiológica en Pediatría, de la Fundación «Ernesto Sánchez Villares».

Bibliografía

1. Salazar Quero JC, Espín Jaime B, Rodríguez Martínez A, Argüelles Martín F, García Jiménez R, Rubio Murillo M, et al. Valoración nutricional de la dieta sin gluten. ¿Es la dieta sin gluten deficitaria en algún nutriente? An Pediatr (Barc). 2015;83:33-9.

2. Penagini F, Dilillo D, Meneghin F, Mameli C, Fabiano V, Zuccotti GV. Gluten-free diet in children: An approach to a nutritionally adequate and balanced diet. *Nutrients*. 2013;5:4553–65.
3. Marugán de Miguelsanz JM, Ordóñez Bayón ML, Rodríguez Martínez AM. Análisis nutricional y de la ingesta dietética en niños con enfermedad celíaca y dieta exenta de gluten. *Boletín de Pediatría*. 2001;41:354–72.
4. Wild D, Robins GG, Burley VJ, Howdle PD. Evidence of high sugar intake, and low fibre and mineral intake, in the gluten-free diet. *Aliment Pharmacol Ther*. 2010;32:573–81.

J.M. Marugán de Miguelsanz* y C. Alonso Vicente

Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmmarugan@telefonica.net
(J.M. Marugán de Miguelsanz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.07.033>

Índices subrogados de resistencia insulínica: su relación mutua y su potencial real



Surrogate indices of insulin resistance: Their mutual relationship and their real potential

Sra. Editora:

El incremento en prevalencia e intensidad de la obesidad infantil en los últimos años, ha motivado el adelanto de la edad de aparición de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). No obstante, la incidencia de esta es aún muy baja entre los niños españoles, considerando la referida en los últimos 2 decenios en otros países. El reducidísimo número de casos pediátricos de DM2 que muestran Villafuerte Quispe et al. en una reciente carta al editor¹ viene a confirmarlo. Necesitamos series nacionales que describan el perfil de nuestros pacientes, quizás diferente al de otros países. Hasta disponer de ellas, los 4 casos que ahora se nos muestran son una transitoria referencia de la DM2 pediátrica en nuestro contexto étnico-social. Ante tal función interina, creemos

necesario plantear algunas objeciones a lo expresado en la referida carta, ante el riesgo de confundir al lector no avisado.

En la tabla 1 muestran los índices HOMA y QUICKI de sus pacientes. El primero (HOMA-IR = (insulina en $\mu\text{U/ml} \times \text{glucosa en mmol/l}) / 22,5$)² expresa directamente resistencia insulínica (RI). El QUICKI ($1 / [\log \text{insulina en } \mu\text{U/ml} + \log \text{glucosa en mg/dl}]$)³ indica sensibilidad insulínica (desciende cuando aumenta la RI). Ambos índices se relacionan en una función matemática (fig. 1) informando de la RI con sentido inverso y recíproco (a cada valor del primero corresponde solamente uno en el segundo).

En la citada tabla 1, sin embargo, los valores de QUICKI son superiores a lo correspondiente para los del HOMA-IR. Puede comprobarse bien visualmente en la curva de la figura 1, bien revisando la aplicación de la fórmula de cada uno de ellos. También puede recurrirse a la fórmula que relaciona a ambos índices ($\text{QUICKI} = 1 / [\log \text{HOMA} + 2,61]$). Para el valor de HOMA-IR del caso 2 corresponde un QUICKI de 0,295; para el caso 3 es 0,315 y al caso 4, más grave, le corresponde un QUICKI de 0,266. Los apuntados en la tabla 1 son erróneos.

Desafortunadamente, los kits analíticos comerciales de insulina tienen calibraciones distintas y hasta factores de

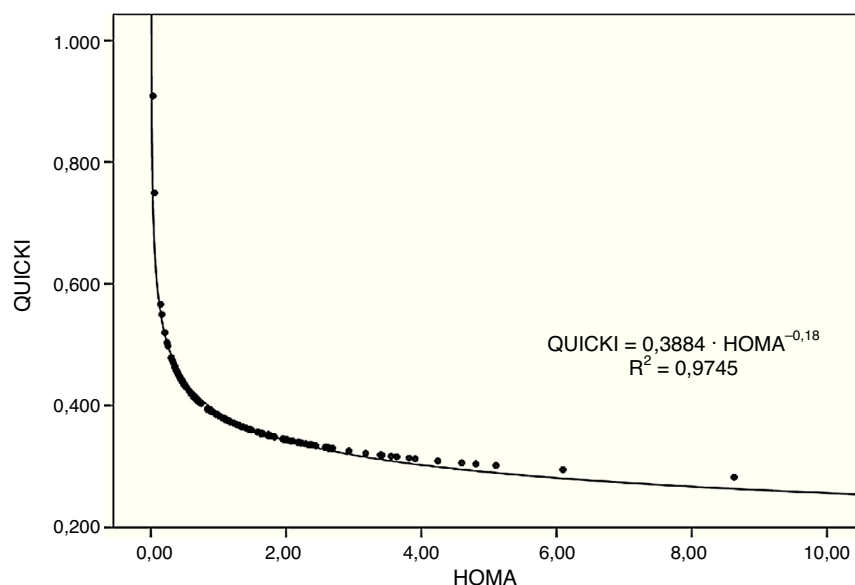


Figura 1 Función matemática que relaciona los valores de HOMA-IR y QUICKI. Se representan los datos de un grupo de 104 casos, que incluye pacientes con condiciones dispares de resistencia insulina, aunque la mayoría está situada en rango normal.