



Perfil clínico de pacientes diagnosticados com doença celíaca em um centro de saúde suplementar no Sul de Santa Catarina

Clinical profile of patients diagnosed with celiac disease at a supplementary health center in the South of Santa Catarina

Amália Pessi Feldens¹, Maíra Cuguier², Viviane Pessi Feldens³, Flávio Bianchini⁴, Valentina Pessi Feldens⁵

RESUMO

Introdução: A Doença Celíaca é um distúrbio gastrointestinal que impede a digestão do glúten, causando inflamação em pacientes geneticamente predispostos. **Objetivo:** conhecer o perfil clínico e epidemiológico de pacientes com doença celíaca atendidos em clínica privada do Sul de Santa Catarina. **Material e métodos:** Foi realizado um estudo epidemiológico observacional de delineamento transversal com uso de dados secundários. **Resultados:** Foram analisados 60 prontuários de pacientes diagnosticados com doença celíaca. Os sintomas mais prevalentes ao diagnóstico foram distensão abdominal (47,27%), dor abdominal (30,91%) e diarreia crônica (27,27%). As comorbidades mais presentes foram intolerância à lactose (42,5%), hipotireoidismo (20%) e asma/rinite alérgica (20%). A endoscopia mostrou prevalência de atrofia das pregas duodenais (40,43%) e a biópsia mostrou classificação Marsh 3B (51,16%). A aderência à dieta foi semelhante entre os pacientes que aderiram e não aderiram (51,16% e 48,84%, respectivamente). **Conclusão:** Os achados sugerem a necessidade de conscientização de diagnóstico precoce, acompanhamento médico adequado e educação nutricional.

Descritores: Doença celíaca; Endoscopia; Biópsia; Dieta; Celíacos.

ABSTRACT

Introduction: Celiac disease is a gastrointestinal disorder that impairs gluten digestion, causing inflammation in genetically predisposed patients. **Objective:** To determine the clinical and epidemiological profile of patients with celiac disease treated at a private clinic in southern Santa Catarina. **Material and Methods:** A cross-sectional observational epidemiological study was conducted using secondary data. **Results:** Sixty medical records of patients diagnosed with celiac disease were analyzed. The most prevalent symptoms at diagnosis were abdominal distension (47.27%), abdominal pain (30.91%), and chronic diarrhea (27.27%). The most common comorbidities were lactose intolerance (42.5%), hypothyroidism (20%), and allergic asthma/rhinitis (20%). Endoscopy showed a prevalence of duodenal fold atrophy (40.43%) and biopsy showed Marsh 3B classification (51.16%). Adherence to the diet was similar between patients who adhered and did not adhere (51.16% and 48.84%, respectively). **Conclusion:** The findings suggest the need for awareness of early diagnosis, adequate medical follow-up, and nutritional education.

Keywords: Celiac disease; Endoscopy; Biopsy; Diet; Celiacs.

¹ Acadêmica do curso de graduação em medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, Santa Catarina, Brasil.

² Acadêmica do curso de graduação em medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, Santa Catarina, Brasil.

³ Professora Doutora do curso de graduação em medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, Santa Catarina, Brasil.

⁴ Professor do curso de graduação em medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, Santa Catarina, Brasil.

⁵ Acadêmica do curso de graduação em medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, Santa Catarina, Brasil.

Data de submissão: 09/04/2025. **Data de aceite:** 29/04/2025.

Autor correspondente: Nome: Viviane Pessi Feldens. Rua Porto Alegre, Vila moema, número 325 - E-mail: viviane.pessi@gmail.com

INTRODUÇÃO

A doença celíaca (DC) é uma enfermidade de grande relevância na saúde pública global atual¹. Trata-se de uma enteropatia crônica imunomediada do intestino delgado que ocorre pela ingestão de componentes proteicos do trigo, cevada ou centeio, resultando em um grau variável de dano intestinal². A etiopatogenia da doença celíaca envolve três fatores principais: ingestão dietética do glúten, fatores ambientais e genes predisponentes, sendo os haplótipos HLA-DQ2 e/ou HLA-DQ8 os mais comuns³.

A doença celíaca atinge em média 1% da população mundial e sua prevalência só vem aumentando⁴. No mundo todo, há diferenças na prevalência da doença que não são explicadas, como por exemplo, nos Estados Unidos, onde a DC é mais comumente diagnosticada em afro-americanos do que naqueles de etnia branca, e isso se repete no Brasil⁴. A proporção entre sexo feminino e masculino é de 2:1 ou até 3:1 e os grupos de risco são familiares de celíacos, além dos pacientes com anemia, osteoporose, doenças autoimunes (DAI), dermatite herpetiforme, diabetes melito tipo 1, fadiga crônica, síndrome do intestino irritável e hipertransaminasemia idiopática⁵.

A apresentação clínica da doença celíaca pode ser reconhecida por três formas: clássica (típica), não clássica (atípica) e assintomática (silenciosa). A forma típica é geralmente representada por presença de sintomas de má absorção como diarreia crônica acompanhada de distensão abdominal e perda de peso. Em contrapartida, a forma atípica é marcada por um quadro com manifestações digestivas ausentes ou de pouca relevância, podendo apresentar sinais e sintomas isolados como baixa estatura, anemia por deficiência de ferro refratária à reposição de ferro por via oral, anemia por deficiência de folato e vitamina B12, infertilidade inexplicada entre outros. Por fim a forma assintomática, o paciente é diagnosticado pela presença de anticorpos e pelas alterações histológicas da mucosa do intestino delgado já que não apresenta sintomatologia típica⁶.

O diagnóstico da doença celíaca é realizado por meio de testes de sorologia aliados a biópsia duodenal, sendo a biópsia duodenal o padrão ouro. A investigação sorológica se inicia pela dosagem da anti-transglutaminase tecidual (tTG) realizado pelo método ELISA sendo considerada um teste de triagem de primeira linha por conta de seu baixo custo e alta sensibilidade. Caso o teste apresentar título baixo (<2 vezes o limite superior normal) e manter-se suspeita é orientado a realização do anticorpo antiendomísio (EmA), considerado um teste de alta especificidade,

contudo, é considerado trabalhoso e de alto custo. O anticorpo anti gliadina foi usado durante décadas para diagnóstico, todavia, não é utilizado com frequência atualmente por ter um valor preditivo positivo baixo. Outro fator importante são os pacientes com deficiência de IgA os quais não produzem IgA-TTG ou anticorpos IgA-EMA, e podem ter um resultado falso negativo, portanto, a concentração total de IgA deve ser sempre medido em conjunto com a sorologia^{4,7}.

A endoscopia digestiva alta (EDA) é o exame de escolha para analisar a mucosa e realizar a biópsia duodenal. Os achados endoscópicos são marcados pela atrofia de vilosidades ou lesões infiltrativas, contudo, não são suficientes para realizar o diagnóstico⁸. A realização da histopatologia quantitativa, no entanto, atualmente é a melhor ferramenta para medir a resposta imune da doença celíaca. Alguns achados são encontrados com alta frequência e se destacam: atrofia de vilosidades, hiperplasia de criptas e aumento na densidade de linfócitos intraepiteliais (100 linfócitos/enterócito) principalmente na ponta das vilosidades. Outras classificações que são utilizadas com frequência que avaliam as anormalidades da mucosa são: Marsh, Marsh-Oberhuber e Corazza-Villanacci, contudo, essas classificações são subjetivas, sendo baseado no julgamento do patologista⁹.

As principais complicações da DC são anemia, devido à deficiência de ferro e/ou ácido fólico, osteoporose, pela hipocalcemia, jejunitis ulcerativa, que é rara, porém, uma manifestação precoce de malignidade, linfoma do intestino delgado, que pode ser de células T ou, mais raramente, de células B e os carcinomas, que seriam complicações graves da doença⁵. Além disso, a Doença Celíaca Refratária, que se caracteriza pela falha inicial ou subsequente de uma dieta estrita livre de glúten, também traz complicações à saúde do portador de DC. A mortalidade nesses pacientes se dá, usualmente, pela má absorção e má nutrição secundária¹⁰.

Até o momento, a dieta sem glúten (DSG) permanece sendo o único tratamento efetivo disponível para a Doença Celíaca, permitindo uma restauração completa da mucosa do intestino delgado na maioria dos casos¹¹. Nenhum alimento ou medicação contendo glúten ou derivados deveria ser ingerido, pois pequenas quantidades já podem ser prejudiciais. E, embora as alterações nas vilosidades intestinais comecem a melhorar nos meses iniciais com a DSG, as melhoras histológicas podem levar anos e não acontecerem em todos os pacientes⁶. Há uma quantidade máxima diária de glúten que o paciente com DC poderia ingerir para causar dano à mucosa intestinal, que seria de 10g a 50g. No entanto, até mesmo em alguns pacientes que seguem

a DSG rigorosamente e estão livres de sintomas, há uma certa lesão mínima à mucosa¹².

Dessa forma, o estudo presente foi realizado com o intuito de trazer informação a respeito do diagnóstico precoce da DC, dos seus sinais e sintomas e da importância do seu tratamento restrito e da obediência à dieta isenta de glúten. O estudo objetivou conhecer o perfil epidemiológico e clínico dos pacientes com DC e, assim, contribuir de forma significativa aos estudos realizados na área.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo epidemiológico observacional de delineamento transversal com uso de dados secundários. O estudo será composto por pacientes que realizaram tratamento em uma unidade de saúde suplementar no município de Tubarão, Santa Catarina no período de fevereiro de 2020 a dezembro de 2022. A amostra foi de 60 pacientes registrados em prontuários, que realizaram tratamento sendo escolhida por conveniência.

Foram incluídos todos os pacientes acima de 18 anos, portadores de doença celíaca, que realizaram o atendimento na unidade em questão, entre fevereiro de 2020 a dezembro de 2022. Foram excluídos os prontuários incompletos e ou ainda não terminados, ou seja, aqueles que não tiveram os dados necessários para a análise do estudo.

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unisul (CEP Unisul) sob o parecer 6.087.512 no dia 20 de maio de 2023, então foi iniciada a coleta de dados, sendo respeitados os preceitos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Sul de Santa Catarina, foi realizada a coleta de dados através dos prontuários de atendimentos registrados entre o período de fevereiro de 2020 a dezembro de 2022, sendo analisado as variáveis que continham no protocolo de pesquisa feito pelos autores.

Durante a coleta de dados foram analisadas informações sociodemográficas sobre os pacientes (sexo, idade) e informações sobre os dados clínicos (sintomatologia, diagnóstico e tratamento).

O nome dos pacientes não foi registrado nos dados coletados, e os registros foram organizados por meio de numeração, com o objetivo de preservar a confidencialidade, sendo as informações utilizadas exclusivamente para fins de análise científica e controle de resultados.

Na descrição dos dados foram utilizadas frequências absolutas (n) e relativas (%) para variáveis qualitativas e

medidas de tendência central e dispersão para as quantitativas. A normalidade foi identificada pelo teste de Shapiro-Wilk. A existência de associação foi avaliada por meio do teste de qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher (€). Para a comparação dos valores médios foi utilizado o teste t de *Student*. O nível de significância usado na pesquisa foi de 5% ($p < 0,05$). O programa Excel foi empregado para elaboração do banco de dados e o software Stata 16.1¹³, para análise dos dados.

RESULTADOS

A presente pesquisa avaliou o perfil clínico e epidemiológico de 60 pacientes acometidos por doença celíaca, atendidos em uma unidade de saúde suplementar do Sul de Santa Catarina entre os anos de 2020 e 2022. A média de idade dos avaliados foi de 36,9 anos (Desvio-padrão - DP: 12,70 anos) e variou entre 20 e 75 anos. A média de idade de diagnóstico foi de 34,00 anos (DP: 12,76 anos) e variou entre 18 e 74 anos.

Na Tabela 1 estão apresentadas as variáveis epidemiológicas e clínicas dos avaliados. Observa-se 80,00% de mulheres e 66,67% com faixa etária de 18 a 39 anos. No que se refere aos sintomas identificados ao diagnóstico verifica-se prevalência de distensão abdominal (47,27%), seguida de dor abdominal (30,91%) e diarreia crônica (27,27%).

Além disso, a variável comorbidade descrita na Tabela 1 apresenta a intolerância à lactose como a mais prevalente nos pacientes com DC (42,5%), seguida de hipotireoidismo (20%) e asma/rinite alérgica (20%). Em seguida vem doença do refluxo gastroesofágico (15%), Transtorno de Ansiedade Generalizada (10%), Dermatite Herpetiforme (5%), Infertilidade (2,5%) e outras doenças (45%).

Foi observado na Tabela 2 que os achados da endoscopia mostraram prevalência de atrofia das pregas duodenais (40,43%), seguido de serrilhamento das pregas (23,4%), duodeno normal (21,28%), alterações duodenais sugestivas de DC (17,02%) e, por fim, duodenite inespecífica. Pode-se observar ainda na mesma tabela a prevalência da escala de Marsh-Oberhuber, observada na biópsia, cuja porcentagem de Marsh 0 apareceu como 4,65%, Marsh 1 como 9,30%, Marsh 2 (13,95%), Marsh 3A apareceu como 18,60% e, o mais prevalente, Marsh 3B (51,16%).

Por fim, o Marsh 3C mostrou-se como o menos prevalente na biópsia, com 2,33%. A Tabela 2 ainda apresenta a aderência à dieta, cujos valores se mostraram muito parecidos para aderência e não aderência, 51,16% e 48,84% respectivamente. A tabela, por último, exhibe a quantidade de pacientes que realizaram o controle da EDA (25%).

DISCUSSÃO

O presente estudo define os dados clínicos, sorológicos e características histopatológicas da doença celíaca em uma amostra de 60 pacientes diagnosticados consecutivamente em um único centro de saúde suplementar. Os resultados do estudo mostram uma prevalência significativa de 80% de mulheres com doença celíaca, uma proporção feminina: masculina de 4:1, a qual se assemelha ao estudo italiano de Volta *et al.*¹⁴, que tem essa proporção de 3,5:1. Isso pode se atribuir ao fato de as mulheres preocuparem-se mais com

autocuidado do que os homens, procurando serviço de saúde mais frequentemente¹⁴. No entanto, a maioria dos estudos realizados na área mostram uma prevalência de 2:1 a 3:1⁵, inferindo que a população masculina do sul de Santa Catarina procura ainda menos assistência em saúde.

O presente estudo analisou os sintomas identificados ao diagnóstico de DC obtendo como resultado uma prevalência significativa nas seguintes manifestações: distensão abdominal, seguida de dor abdominal e diarreia crônica. Nessa toada, o resultado converge com o estudo publicado pelo jornal de genética e genômica da Suíça, o qual aponta uma porcentagem bem semelhante com a presente pesquisa, sendo, também, as principais manifestações clínicas queixadas pelos pacientes¹⁵. Ressalta-se que, este estudo investigou uma comunidade menonita de Santa Catarina, e, essas similaridades podem ser explicadas pela regionalidade da amostra populacional das pesquisas, já que a comunidade em questão está localizada no sul do país¹⁵.

A comunidade menonita tem um modo de vida pautado no cristianismo e na simplicidade. Um dos seus costumes é o casamento endogâmico. Essa população é considerada a segunda com maior prevalência de

Tabela 1. Descrição do número e porcentagem de pacientes (n=60) acometidos de doença celíaca, atendidos em saúde suplementar do Sul de Santa Catarina entre os anos de 2020 e 2022, segundo o perfil clínico e epidemiológico. Tubarão, 2023.

Variáveis	Número	Porcentagem
Sexo		
Feminino	48	80,00
Masculino	12	20,00
Faixa etária		
18 a 39 anos	40	66,67
40 a 75 anos	20	33,33
Sintomas diagnóstico*(n=55)		
Distensão abdominal	26	47,27
Dor abdominal	17	30,91
Diarreia crônica	15	27,27
Manifestação cutânea	11	20,00
Perda ponderal	8	14,55
Pirose	6	10,91
Náusea	6	10,91
Cefaleia	5	9,09
Constipação intestinal	4	7,27
Vômito	3	5,45
Fadiga	2	3,64
Comorbidades associadas*(n=40)		
Intolerância à lactose	17	42,50
Hipotireoidismo	8	20,00
Asma-Rinite alérgica	8	20,00
Doença do refluxo gastroesofágico	6	15,00
Transtorno de ansiedade generalizada	4	10,00
Dermatite herpetiforme	2	5,00
Infertilidade	1	2,50
Outras	18	45,00

*: os números variam em função da ausência de informação.

Tabela 2. Descrição do número e porcentagem de pacientes (n=60) acometidos por doença celíaca, atendidos em saúde suplementar do Sul de Santa Catarina entre os anos de 2020 e 2022, segundo os achados da endoscopia. Tubarão, 2023.

Variáveis	Número	Porcentagem
Achados Endoscopia*(n=47)		
Atrofia das pregas duodenais	19	40,43
Serrilhamento de pregas	11	23,4
Duodeno normal	10	21,28
Alterações duodenais sugestivas de doença celíaca	8	17,02
Duodenite inespecífica	6	12,77
Achados biópsia*(n=43)		
Marsh 0	2	4,65
Marsh 1	4	9,30
Marsh 2	6	13,95
Marsh 3 a	8	18,60
Marsh 3 b	22	51,16
Marsh 3 c	1	2,33
Aderência a dieta*(n=43)		
Sim	22	51,16
Não	21	48,84
Realizou controle de Endoscopia digestiva alta*(n=15)		
Sim	15	25,00
Não	45	75,00

*: os números variam em função da ausência de informação.

doença celíaca mundialmente, dado este que necessita ser melhor estudado para explorar as especificidades do modo de vida menonita para melhores comparações. Contudo, a anemia teve uma considerável discrepância. Já, a diferença do resultado da anemia pode ser decorrente da falta de resultados de exames laboratoriais nos prontuários dos pacientes.

Em relação à variável dermatite herpetiforme, considerada a mais comum manifestação dermatológica da doença celíaca, o sintoma se fez presente em 15% dos pacientes na pesquisa atual¹⁶. Mostrando-se divergente dos resultados de um estudo de coorte mais recente com duração de 10 anos realizado na Finlândia, a qual, obteve uma porcentagem 4%¹⁶. Isso pode ser suposto pelo atraso na identificação do diagnóstico da DC, já que a DH apresenta relação com a doença em estágio mais avançados.

Outrossim, fora observado em um estudo retrospectivo feito no norte da China, a presença de fadiga em metade dos pacientes, divergindo do presente estudo onde menos de 5% dos pacientes tiveram essa sintomatologia presente. Uma das possibilidades da discrepância dos resultados seria a inespecificidade da variável e sua falta de preenchimento nos prontuários. Outro sintoma apresentado no estudo Chinês foi a pirose a qual teve como resultado 24% e no presente estudo uma prevalência de 10%¹⁶. Essas diferenças de sintomatologia podem ser explicadas pela vasta gama de diferenças culturais e hábitos entre ocidente e oriente.

Além da intolerância à ingesta do glúten, os pacientes portadores de DC, neste estudo, tiveram uma prevalência de comorbidades associadas de 66,7%, sendo a intolerância à lactose a mais significativa. No entanto, sua prevalência de 42,5% é dificilmente encontrada na literatura, e até mesmo o estudo realizado com a população menonita¹⁵ demonstrou uma prevalência de 4,76%, muito diferente da encontrada no presente estudo. A intolerância à lactose pode estar intimamente atrelada à doença celíaca, a qual, na maioria das vezes, cursa com diminuição das vilosidades intestinais, o que pode levar a uma diminuição significativa da enzima lactase, precursora da digestão dos derivados do leite⁵. A sua alta prevalência no atual estudo pode ser explicada pela maior realização de diagnóstico, tanto clínico, quanto laboratorial, no serviço suplementar de saúde.

Em seguida, a comorbidade de maior relevância é o hipotireoidismo, com 20% dos pacientes acometidos, número que se assemelha ao estudo de Kotze *et al.*¹⁶, o qual traz esse dado como 30%, o que pode ser explicado pela maior prevalência de doença celíaca em mulheres, as quais são mais acometidas pela tireoideopatia em questão¹⁷. Schiepatti *et al.*¹⁷ sugerem que mulheres

com DC apresentam mais frequentemente período fértil reduzido, amenorreia e hipogonadismo, fatores esses que podem aumentar potencialmente o risco de infertilidade na DC.

Em relação aos achados da endoscopia digestiva alta, a atrofia das pregas duodenais foi a característica mais encontrada (40,43%), porcentagem que praticamente se iguala ao estudo de Rosa *et al.*⁸, realizado em Minas Gerais, que encontrou 40% dos pacientes com qualquer tipo de atrofia de pregas duodenais à EDA. No entanto, em se tratando da mucosa duodenal normal, o estudo mineiro apresentou uma taxa de 60%, bastante diferente do nosso estudo, que encontrou 21,28% dos pacientes sem alterações sugestivas de DC na endoscopia digestiva.

Além disso, a presente pesquisa encontrou 23,4% dos pacientes com serrilhamento de pregas duodenais, achado importante que corrobora com o diagnóstico da doença em questão. Sobretudo, é importante ressaltar que, dos 60 pacientes analisados no estudo, apenas 43 realizaram a EDA e biópsia duodenal no momento do diagnóstico. Sendo assim, após a sorologia resultar positiva, a endoscopia acompanhada de biópsia deveria ser realizada, mesmo que o aspecto duodenal seja normal¹⁸.

Nesse ínterim os achados da biópsia foram baseados na classificação de Marsh-Oberhubber, o qual é um aliado para o diagnóstico da doença, sendo o principal objetivo terapêutico atingir uma mucosa normal considerado Marsh 0¹⁹. Fora observado, mais da metade dos pacientes com a apresentação histológica Marsh 3B.

Durante o acompanhamento clínico dos pacientes com DC, o monitoramento sorológico é um indicativo de que o paciente está seguindo adequadamente a dieta, servindo como um guia para avaliar a adesão da mesma¹⁹. Na Tabela I pode se notar que muitos pacientes que apresentaram exame reagente ao diagnóstico não deram continuidade aos exames sorológicos de acompanhamento, tornando assim difícil a observação em relação a aderência a dieta do paciente.

Ademais é importante ressaltar que os valores normalizados dos anticorpos não são um indicador definitivo da restauração da mucosa duodenal, além, de apresentarem limitações para detectar pequenas indiscrições alimentares. O único meio de avaliar minuciosamente a inflamação e atrofia da mucosa intestinal seria por meio da endoscopia com biópsia, contudo, é um exame invasivo e de alto custo para ser realizado com frequência^{18,22}.

Por fim, o acompanhamento da doença celíaca nos pacientes do estudo atual, através de endoscopia seguida de biópsia, se mostrou reduzido, assim como no estudo

de Herman *et al.*²³ e, segundo a Associação Americana de Gastroenterologia (AGA)²⁵, todos os pacientes que mantiverem qualquer sintoma relacionado à DC, sem outra explicação, devem ser submetidos à endoscopia e biópsia, mesmo que a sorologia mantenha-se negativa.

Já em outros estudos recentes sobre o acompanhamento da doença, é recomendado a repetição endoscópica após dois anos de tratamento com dieta isenta de glúten para confirmação da cicatrização da mucosa intestinal, sem necessidade de realizar a biópsia logo após um ano do diagnóstico. E para aqueles pacientes que alcançarem a remissão total da mucosa, não é necessária a repetição rotineira do exame¹⁸.

CONCLUSÕES

Este estudo, em geral, ofereceu uma visão abrangente da doença celíaca (DC) em uma amostra de 60 pacientes atendidos em um centro de saúde suplementar. Os resultados destacam várias descobertas significativas que merecem atenção. Primeiramente, a alta prevalência da DC em mulheres, com uma proporção de 4:1 em relação aos homens, sugere a importância da conscientização e da busca ativa por cuidados de saúde, particularmente entre os homens.

A demora no diagnóstico da DC que ocorreu, em média, entre a terceira e a quarta décadas de vida, é um ponto crítico, indicando a necessidade de melhorar a detecção precoce, especialmente considerando as diretrizes europeias que relatam diagnósticos frequentes após os 20 anos. As comorbidades associadas à DC, como intolerância à lactose, hipotireoidismo e infertilidade, destacam a importância de um acompanhamento médico abrangente, além de ressaltar a complexidade da doença e seus efeitos sistêmicos.

A avaliação endoscópica demonstrou a necessidade da endoscopia com biópsia para um diagnóstico preciso, especialmente diante da discrepância entre os achados de atrofia das pregas duodenais e mucosa duodenal normal. E a falta de conformidade com as diretrizes da Associação Americana de Gastroenterologia em relação à realização da endoscopia de seguimento e a necessidade de repetição da endoscopia após dois anos de dieta isenta de glúten indicam uma lacuna na implementação das práticas recomendadas.

Os sintomas relatados, como distensão abdominal, dor abdominal, diarreia crônica e perda de peso, são consistentes com estudos anteriores, enquanto a variação na prevalência de outros sintomas sugere a influência de fatores culturais e dietéticos. A aderência à dieta isenta de glúten variou regionalmente e demonstrou ser influenciada pela orientação nutricional

e acompanhamento médico adequado. A análise histopatológica das biópsias duodenais revelou uma predominância da classificação Marsh 3B, indicando a necessidade de aprimorar a vigilância médica de doenças gastrointestinais.

Por fim, a pesquisa ressaltou a importância do monitoramento sorológico, especialmente do teste de anti transglutaminase, como indicador da aderência à dieta isenta de glúten, apesar das limitações observadas na realização desses exames. Esses achados fornecem insights valiosos para a compreensão da DC e apontam para a necessidade contínua de conscientização, diagnóstico precoce, acompanhamento médico adequado, educação nutricional e a importância de pesquisas.

REFERÊNCIAS

1. Singh P, Arora A, Strand TA, Leffler DA, Catassi C, Green PH, et al. Global Prevalence of Celiac Disease: Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* [Internet]. 2018 Jun;16(6):823-836.e2. Disponível em: https://celiac.org/main/wp-content/uploads/2018/06/Global-prevalence-of-celiac-disease_GGH_2018.pdf
2. Ludvigsson JF, Leffler DA, Bai JC, Biagi F, Fasano A, Green PHR, et al. The Oslo definitions for coeliac disease and related terms. *Gut* [Internet]. 2012 Feb 16;62(1):43-52. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3440559/>
3. Green PHR, Lebowitz B, Greywoode R. Celiac disease. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* [Internet]. 2015 May [cited 2019 Sep 21];135(hus5):1099-106. Disponível em: [https://www.jacionline.org/article/S0091-6749\(15\)00230-4/fulltext](https://www.jacionline.org/article/S0091-6749(15)00230-4/fulltext)
4. Lebowitz B, Sanders DS, Green PHR. Coeliac disease. *The Lancet* [Internet]. 2018 Jan;391(10115):70-81. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31796-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31796-8/fulltext)
5. Zaterka S, Eisig JN. *Tratado de Gastroenterologia*. 2ª Edição. São Paulo. Atheneu, 2016.
6. Ciacci C. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines. Doença celíaca. Julho de 2016 [Internet]. Disponível em: <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/celiac-disease-portuguese-2016.pdf>
7. Lebowitz B, Rubio-Tapia A. Epidemiology, Presentation, and Diagnosis of Celiac Disease. *Gastroenterology*. 2021 Jan;160(1):63-75. doi: 10.1053/j.gastro.2020.06.098. Disponível em: [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(20\)35165-9/fulltext?referrer=https%3A%2F%2Fpubmed.ncbi.nlm.nih.gov%2F](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(20)35165-9/fulltext?referrer=https%3A%2F%2Fpubmed.ncbi.nlm.nih.gov%2F)
8. Al-Toma A, Volta U, Auricchio R, Castillejo G, Sanders DS, Cellier C, et al. European Society for the Study of Coeliac Disease (ESsCD) guideline for coeliac disease and other gluten-related disorders. *United European Gastroenterology Journal* [Internet]. 2019 Apr 13;7(5):583-613. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2050640619844125>
9. *American Journal of Gastroenterology* [Internet]. Lww.com. 2019. Disponível em: <https://journals.lww.com/ajg/pages/default.aspx>
10. Ryan BM, Kelleher D. Refractory celiac disease. *Gastroenterology*. 2000 Jul;119(1):243-51. doi: 10.1053/gast.2000.8530. Disponível em: [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(00\)06281-8/fulltext?referrer=https%3A%2F%2Fpubmed.ncbi.nlm.nih.gov%2F](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(00)06281-8/fulltext?referrer=https%3A%2F%2Fpubmed.ncbi.nlm.nih.gov%2F)
11. Ciesunski JZ, Kotze LM da S, Utiyama SR da R. Tratamento da doença celíaca: estado da arte. *GED gastroenterol endosc dig*

- [Internet]. 2016;114-21. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-2446#:~:text=At%C3%A9%20o%20momento%2C%20a%20%C3%BAnica>
12. Fasano A, Catassi C. Celiac Disease. *New England Journal of Medicine*. 2012 Dec 20;367(25):2419-26.
 13. StataCorp. Stata: Release 16. Statistical Software. College Station, TX: StataCorp LLC. 2019.
 14. Volta U, Caio G, Stanghellini V, De Giorgio R. The changing clinical profile of celiac disease: a 15-year experience (1998-2012) in an Italian referral center. *BMC Gastroenterology* [Internet]. 2014 Nov 18;14. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4236812/>
 15. Oliveira LC, Dornelles AC, Nisihara RM, Bruginski ERD, Santos PI dos, Cipolla GA, et al. The Second Highest Prevalence of Celiac Disease Worldwide: Genetic and Metabolic Insights in Southern Brazilian Mennonites. *Genes* [Internet]. 2023 May 1;14(5):1026. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2073-4425/14/5/1026#:~:text=The%20CD%20seroprevalence%20among%20Southern>
 16. Wang M, Kong WJ, Feng Y, Lu JJ, Hui WJ, Liu WD, et al. Epidemiological, clinical, and histological presentation of celiac disease in Northwest China. *World Journal of Gastroenterology* [Internet]. 2022 Mar 28;28(12):1272-83. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8968484/>
 17. Schiepatti A, Sprio E, Sanders DS, Lovati E, Biagi F. Coeliac disease and obstetric and gynaecological disorders: where are we now? *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2019 Apr;31(4):425-433. doi: 10.1097/MEG.0000000000001361.
 18. Tye-Din JA. Review article: Follow-up of coeliac disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2022 Jul;56 Suppl 1(Suppl 1):S49-S63. doi: 10.1111/apt.16847. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9542881/>
 19. Nemteanu R, Danciu M, Clim A, Girleanu I, Ciortescu I, Gheorghe L, et al. Predictors of slow responsiveness and partial mucosal recovery in adult patients with celiac disease. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench*. 2023;16(2):194-202. doi: 10.22037/ghfbb.v16i2.2734. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10404835/>
 20. Husby S, Murray JA, Katzka DA. AGA Clinical Practice Update on Diagnosis and Monitoring of Celiac Disease—Changing Utility of Serology and Histologic Measures: Expert Review. *Gastroenterology*. 2019 Mar;156(4):885-889. doi: 10.1053/j.gastro.2018.12.010. Disponível em: [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(18\)35408-8/fulltext?referrer=https%3A%2F%2Fpubmed.ncbi.nlm.nih.gov%2F](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(18)35408-8/fulltext?referrer=https%3A%2F%2Fpubmed.ncbi.nlm.nih.gov%2F)
 21. Sghiri R, Hassine HB, Almogren A, Shakoor Z, Alswayyed M. Diagnostic performances of celiac disease serological tests among Saudi patients. *Saudi J Gastroenterol*. 2023 Jan-Feb;29(1):31-38. doi: 10.4103/sjg.sjg_280_22. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10117006/>
 22. Penny HA, Raju SA, Sanders DS. Progress in the serology-based diagnosis and management of adult celiac disease. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2020 Mar;14(3):147-154. doi: 10.1080/17474124.2020.1725472. Epub 2020 Feb 13. PMID: 32011187. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17474124.2020.1725472>
 23. Moreno ML, Rodríguez-Herrera A, Sousa C, Comino I. Biomarkers to Monitor Gluten-Free Diet Compliance in Celiac Patients. *Nutrients*. 2017 Jan 6;9(1):46. doi: 10.3390/nu9010046. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5295090/>
 24. Dana ZY, Lena B, Vered R, Haim S, Efrat B. Factors associated with non adherence to a gluten free diet in adult with celiac disease: A survey assessed by BIAGI score. *Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology* [Internet]. 2020 Oct 1;44(5):762-7. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210740120300036?casa_token=Y3QzGxs8KkcAAAAA:OPHmyc-t70zjdc5Xf3Gc9vqAWqtU60b_T1Caur-qC0nRZ6B2s1zyo7TzX3v8hnCUZ70cF5cyHuoM
 25. Herman ML, Rubio-Tapia A, Lahr BD, Larson JJ, Van Dyke CT, Murray JA. Patients with celiac disease are not followed up adequately. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2012 Aug;10(8):893-899. e1. doi: 10.1016/j.cgh.2012.05.007. Disponível em: [https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565\(12\)00522-8/fulltext](https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565(12)00522-8/fulltext)