

ACG Institute

Leadership

YOU



Convening a community of established and emerging leaders to cultivate core competencies that drive effectiveness and impact.




Apply for the program that matches your experience!

- The LE&E Center Early Career Leadership Program
 - ✓ U.S. based ACG member physicians 1 – 5 years post fellowship completion
- The LE&E Center Advanced Leadership Program
 - ✓ U.S. based ACG member physicians 10-20 years post fellowship completion
- The LE&E Center Clinical Research Leadership Program
 - ✓ U.S. based ACG member physicians 2-15 years post fellowship completion
 - ✓ Recipients of grant funding from any institution or society (non-trainee, non-fellow) in the last 10 years

APPLICATION DEADLINE: NOVEMBER 14, 2025

- The LE&E Center Emerging Leadership Program
 - ✓ U.S. based ACG member physicians in their 3rd or 4th year of fellowship training

APPLICATION DEADLINE: NOVEMBER 24, 2025

Learn More:

GI.ORG/LEADERSHIP-YOU

1

ACG Institute

RESEARCH GRANTS

and AWARDS 2026



Learn more about the Leonidas Berry Health Equity Research Award.

DEADLINE: DECEMBER 1, 2025

- Visit gi.org/research-awards to learn more about the 8 grant categories & apply
- **New! Grant Writing Resources** - gi.org/grant-writing-resources
 - for grant tips, videos, and written resources

2



3



4



International Virtual Grand Rounds

universe.gi.org

ACG VIRTUAL GRAND ROUNDS

Tuesday, November 11 | 4pm ET/6pm Argentina/10pm Spain

Current Concepts in Celiac Disease (CeD)
(en Español)

Maria Esteve Comas, MD & Julio C. Bai, MD
Moderator: Edgardo Smecuol, MD

gi.org/ACGVGR

With the Argentine Society of Gastroenterology (SAGE)

5



Virtual Grand Rounds

universe.gi.org

ACG Virtual Grand Rounds

Join us for upcoming Virtual Grand Rounds!



Week 46 – Thursday, November 13, 2025

Short Bowel Syndrome: Cases of Non-Short Bowel/Intestinal Failure: Pearls for Recognition and Management

Faculty: George Ou, MD

Moderator: Omar Jamil, MD

At Noon and 8pm Eastern



Week 47 – Thursday, November 20, 2025

Vaccine Update for Gastroenterologist- IBD and Beyond

Faculty: Freddy Caldera, DO, MS, PhD, FACG

Moderator: Francis A. Farraye, MD, MSc, MACG

At Noon and 8pm Eastern

Visit gi.org/ACGVGR to Register

6

3



ACG International Virtual Grand Rounds
universe.gi.org




ACG VIRTUAL GRAND ROUNDS
 Tuesday, November 11 | 4pm ET/6pm Argentina/10pm Spain


**Current Concepts in
Celiac Disease (CeD)**
(en Español)

Maria Esteve Comas, MD & Julio C. Bai, MD
 Moderator: Edgardo Smeculo, MD
gi.org/ACGVGR





7



ACG International Virtual Grand Rounds
universe.gi.org



Conceptos actuales de la enfermedad celíaca

**Identificación de la enfermedad celíaca, evaluación clínica y de la
adherencia a la dieta desde la atención primaria**

Webinar ACG / SAGE

Maria Esteve, MD





MútuaTerrassa



**UNIVERSITAT DE
BARCELONA**



ciber | EHD
CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED
Enfermedades Hepáticas y Digestivas

8



Control de la enfermedad celíaca desde la atención primaria

Las guías no muestran ninguna preferencia para el seguimiento de la enfermedad

- gastroenterólogos de adultos o pediátricos
- médicos de atención primaria
- dietistas

Quien tenga un buen conocimiento de la enfermedad

9

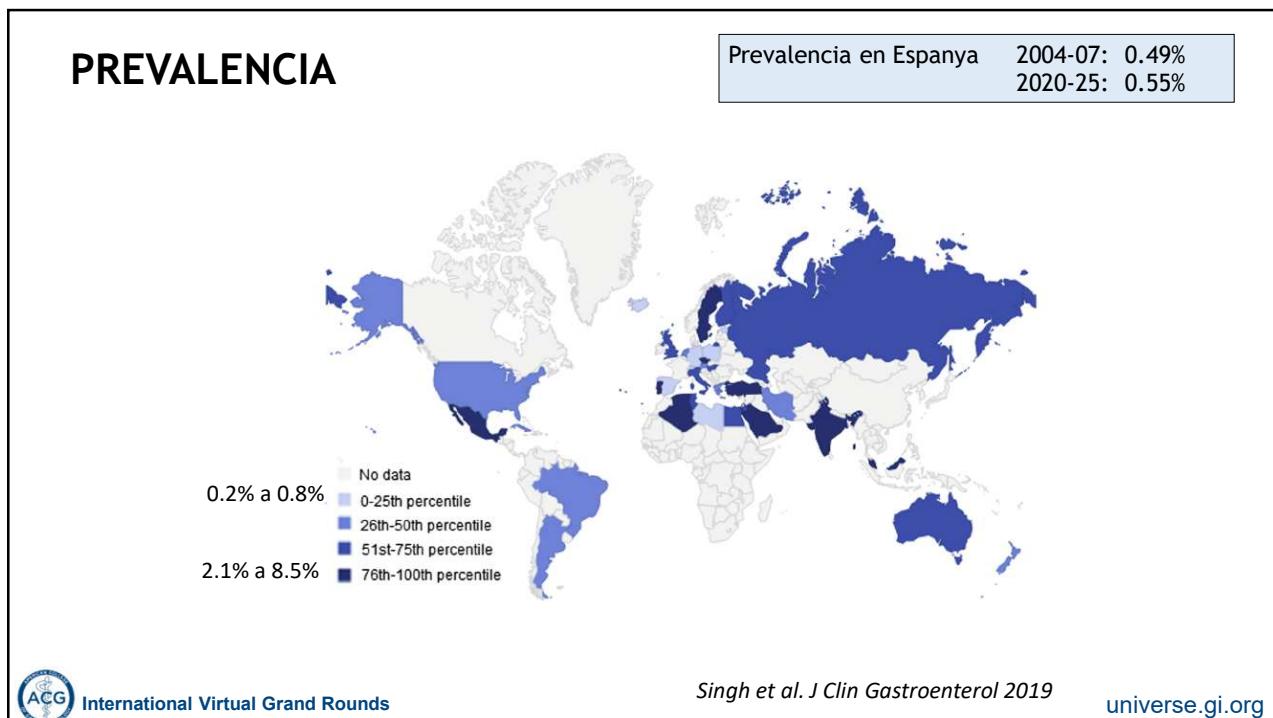


Monitorización de enfermedades crónicas, cuidado continuo y prevención

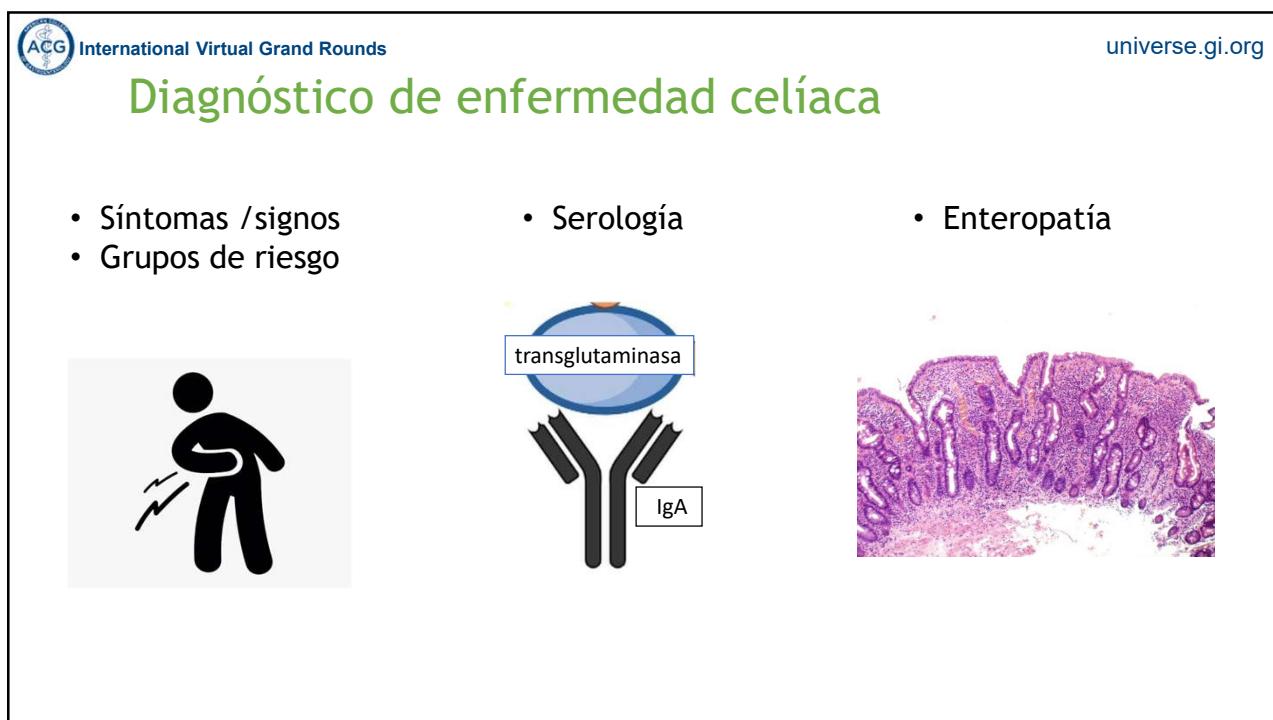
- Facilitar el diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca
- Detección oportunista de pacientes con pobre adherencia y mala respuesta clínico-serológica tras el inicio de la DSG

- ❖ Muy poca evidencia sobre como puede hacerse desde la atención primaria una detección y control poblacional

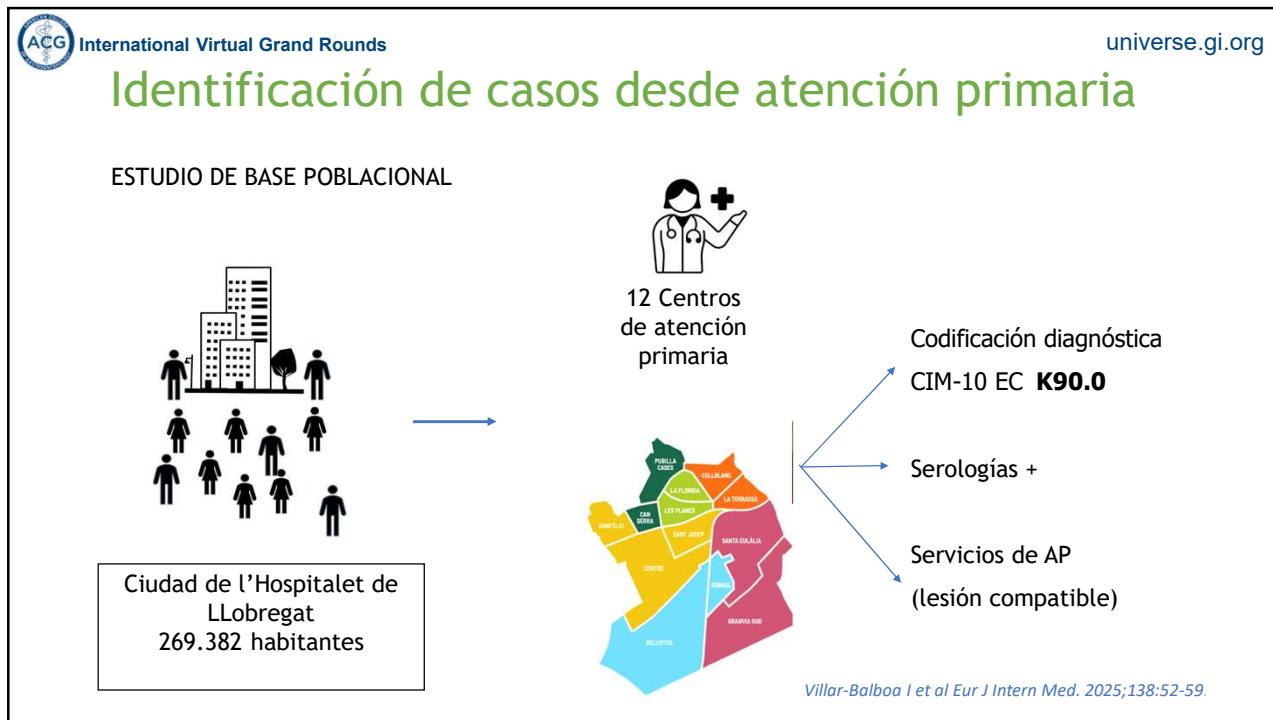
10



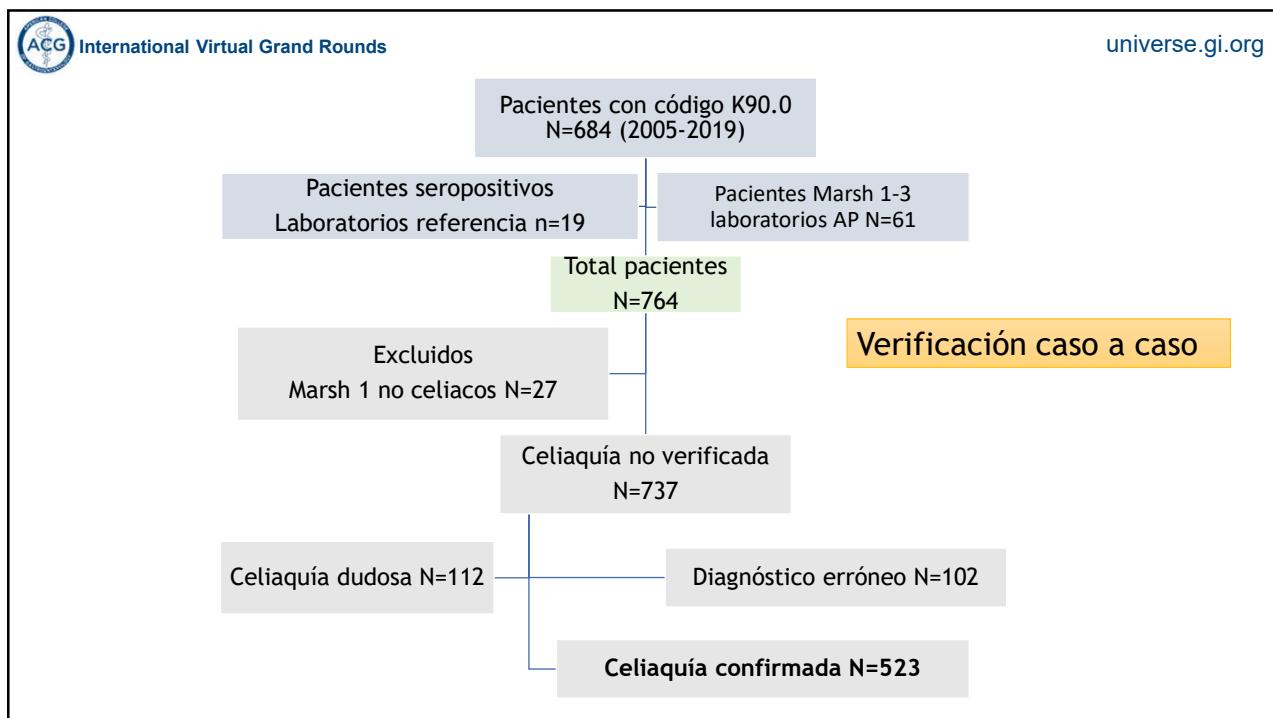
11



12



13



14

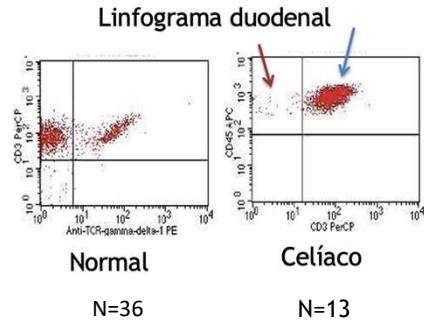
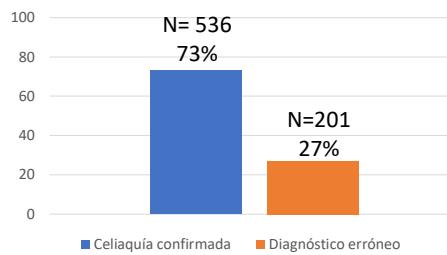


Verificación del diagnóstico en atención primaria

- Celiaquía dudosa N=102: - Pacientes que ya han iniciado DSG sin diagnóstico
- Pacientes Marsh 1 con buena respuesta a la DSG

➤ 54 aceptaron reevaluación

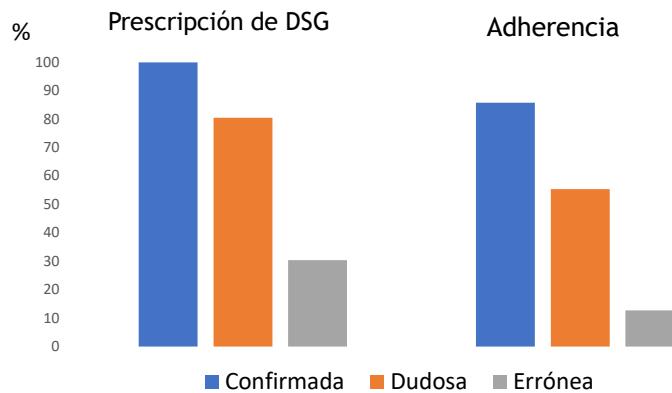
Estudio genético HLA DQ: Descartada celiaquía en N= 5 (alelos DQ2/DQ8 negativos)
N= 49 Biopsia duodenal con estudio de subpoblaciones linfocitarias TCRγδ+ and CD3-



15

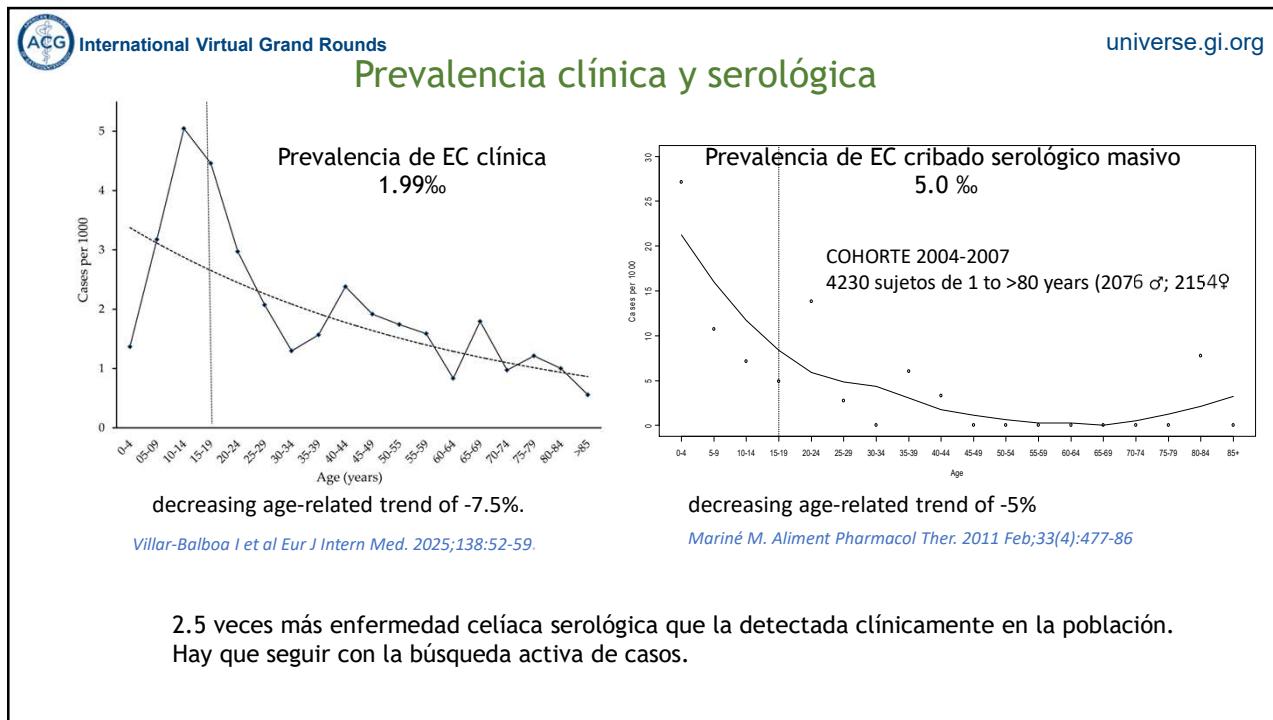


¿Por qué es importante tener un diagnóstico de certeza?

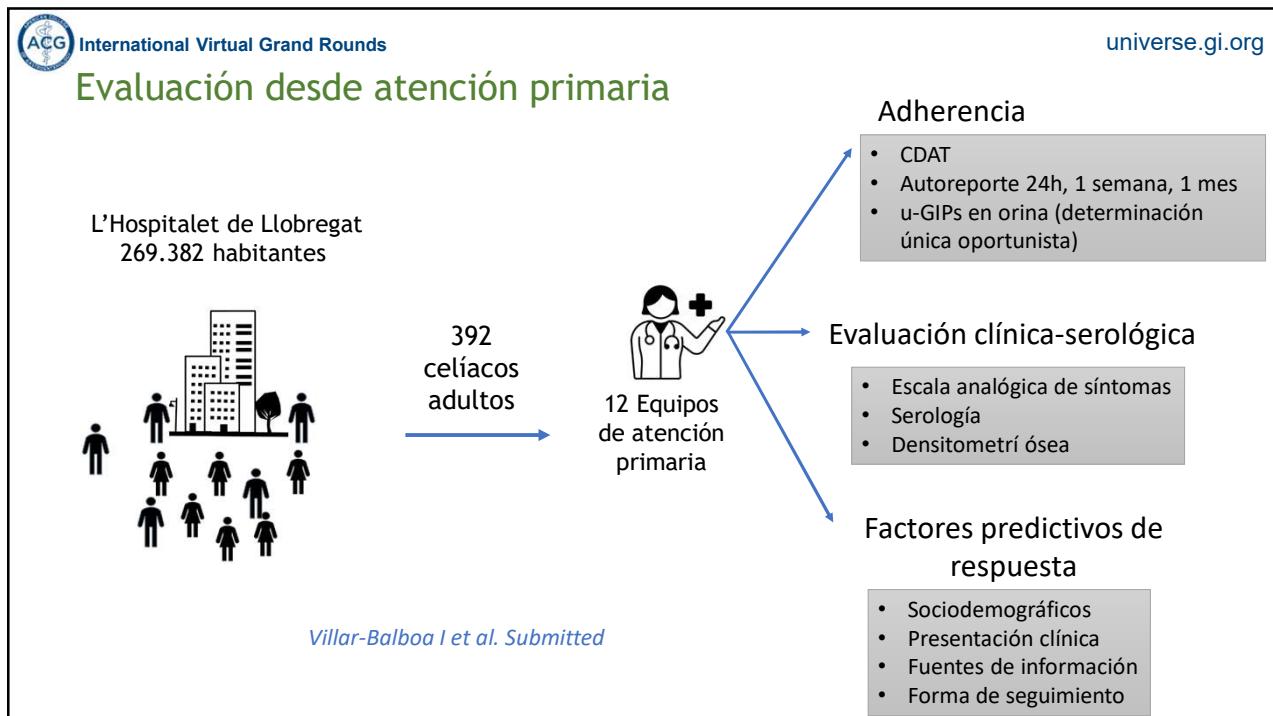


Villar-Balboa I et al Eur J Intern Med. 2025;138:52-59.

16



17



18



Evaluación de la adherencia con cuestionarios

Tipo de cuestionarios

- CDAT (Coeliac Dietary Adherence Test)
- Cuestionario Biaggi
- Auto-reportaje
- Entrevista estructurada por dietista

Meta-análisis de 32 estudios que evalúan adherencia (>18 años)

Mayor relación con adherencia
sin diferencias significativas entre

- Entrevista por dietista
- Auto-reportaje
- Cuestionario Biagi

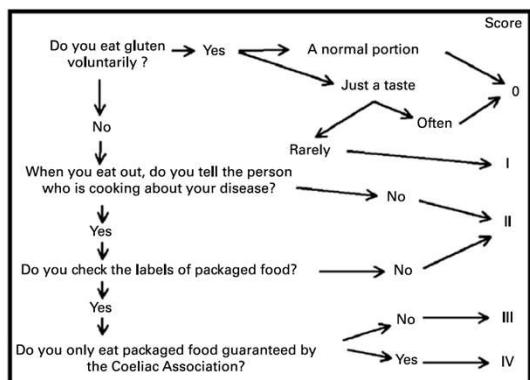
Menor relación con adherencia

- Cuestionario CDAT

dos Santos Ribeiro C. Nutrients 2024

19

Cuestionario Biagi



Score 0 a 4:

- 0-1 buena adherencia
2: errores en la adherencia
3-4: mala adherencia

Aplicable a diferentes culturas
Omisión de la última pregunta
Validación para cada país

Auto-reportaje: Dicotómico



- ✓ Buena adherencia
- ✓ Mala adherencia

Últimas 24 horas, 1 semana, 1 mes.....

Auto-reportaje: Escala analógica

Escala de Likert 0-10

20

ACG International Virtual Grand Rounds universe.gi.org

CDAT (Coeliac Dietary Adherence Test)

PREGUNTA	1	2	3	4	5	DOMINIOS
1 ¿Te has encontrado con poca energía en las últimas cuatro semanas?	En ningún momento	En pocos momentos	En algunos momentos	En muchos momentos	En todo momento	Síntomas
2 ¿Has tenido dolores de cabeza en las últimas cuatro semanas?	En ningún momento	En pocos momentos	En algunos momentos	En muchos momentos	En todo momento	Autoeficacia
3 Soy capaz de seguir la dieta sin gluten cuando como fuera de casa	Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Término medio	Parcialmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Conocimiento de la enfermedad
4 Antes de hacer algo, valoro cuidadosamente las consecuencias	Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Término medio	Parcialmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Motivos para mantener la DSG
5 No me considero un fracaso	Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Término medio	Parcialmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Adherencia percibida
6 ¿Qué importancia tiene para tu salud la ingesta accidental de gluten?	Muy importante	Importante	Término medio / no estoy seguro	Nada importante	Poco importante	
7 En las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces has comido a propósito alimentos que contienen gluten?	0 (nunca)	1 - 2	3 - 5	6 - 10	> 10	

Escala de Likert de 1 a 5 (rango 7 - 35. Buena adherencia <13

Leffler DA et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2009 ❖ Validación y adaptación transcultural al español

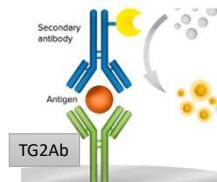
Fueyo-Díaz R. Rev Esp Enferm Dig. 2016. Adherencia percibida

21

ACG International Virtual Grand Rounds universe.gi.org

Respuesta clínica, serológica y analítica a la DSG







- ✓ Buena relación entre adherencia y mejoría de los síntomas
- ✓ GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale) 5 items
- ✓ Escalas de Likert
- ✓ CSI (Celiac Symptom Index) 16 items

- ✓ Disminución progresiva Ac antiTG2 (negativos al año de la DSG)
- ✓ Persistencia de positividad sugiere adherencia escasa o contaminación

- ✓ Normalización de parámetros analíticos (transaminasas, ...)
- ✓ Hemograma y metabolismo del Fe
- ✓ Ácido fólico
- ✓ Complejo vitamínico B
- ✓ Vitamina D

Elli L et al. Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology 2024

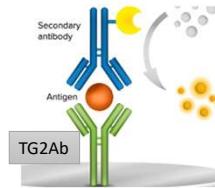
22



International Virtual Grand Rounds

Limitaciones de la clínica, serología y analítica

universe.gi.org



- ✓ No siempre indicador fiable de adherencia
- ✓ Baja sensibilidad para detectar transgresiones
- ✓ Persistencia de alteraciones analíticas debidas a condiciones concomitantes
- ✓ Síntomas causados por condiciones concomitantes, (SII, colitis microscópica, SIBO, etc)
- ✓ Pacientes con serología negativa y persistencia de atrofia
- ✓ DGP-IgA y AAE-IgA comportamiento similar
- ✓ Pacientes asintomáticos con atrofia

Elli L et al. Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology 2024

23



International Virtual Grand Rounds

universe.gi.org

Evaluación directa de la exposición al gluten mediante GIPs

- ✓ Detección directa del consumo de gluten
- ✓ Relación con la respuesta clínica e histológica
- ✓ ELISA comercial para uso hospitalario (cuanti/cualitativo) y doméstico (pruebas en el punto de atención)

GIPS en heces

- Mayor coste
- Inconveniente recogida de heces
- Detectable 1-7 días post-ingesta de gluten

GIPS en orina

- Menor coste
- Facilidad de recogida
- Detectable 12-24 h post-ingesta

Garzon-Benavides M. Aliment Pharmacol Ther. 2023

24



Limitaciones de los GIPs

- ✓ Variaciones individuales en el metabolismo del gluten
- ✓ Grado de concordancia moderado con la respuesta clínica e histológica
- ✓ “Efecto Hawthorne”?.. Cambio en la conducta alimentaria antes de la determinación.

25



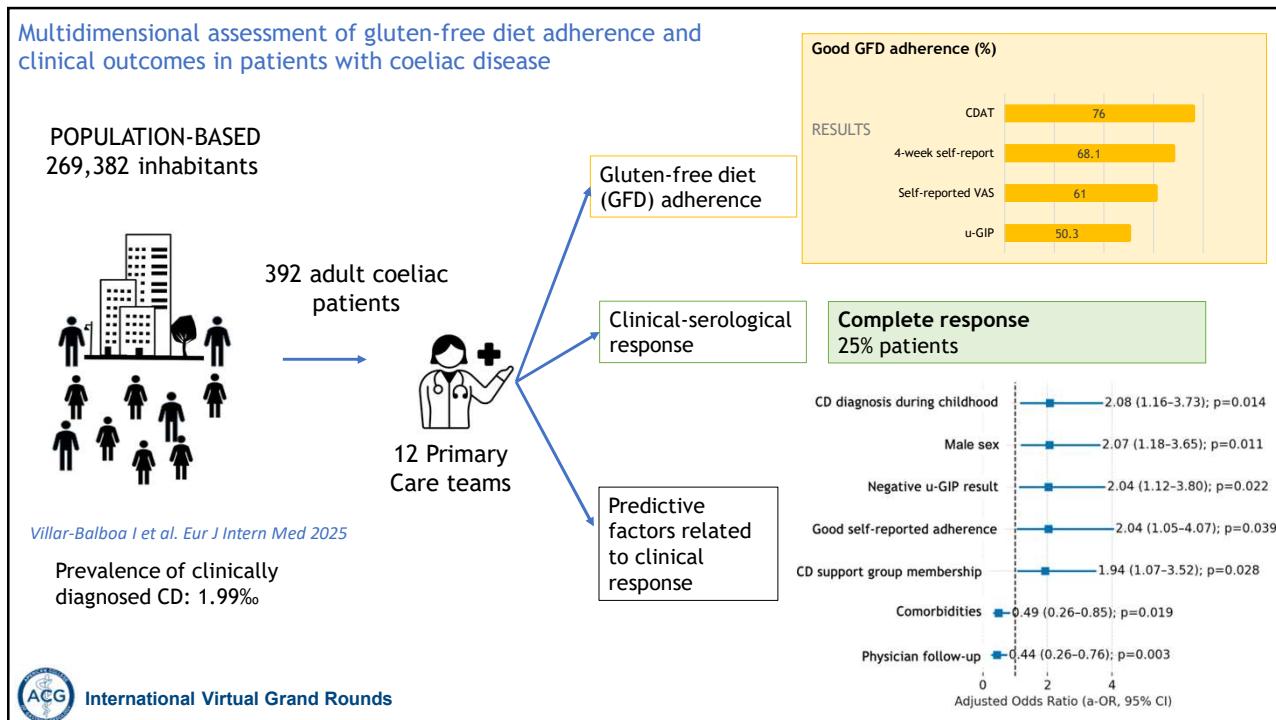
Mas cuestiones

Con que frecuencia hay que evaluar a los pacientes con enfermedad celíaca?

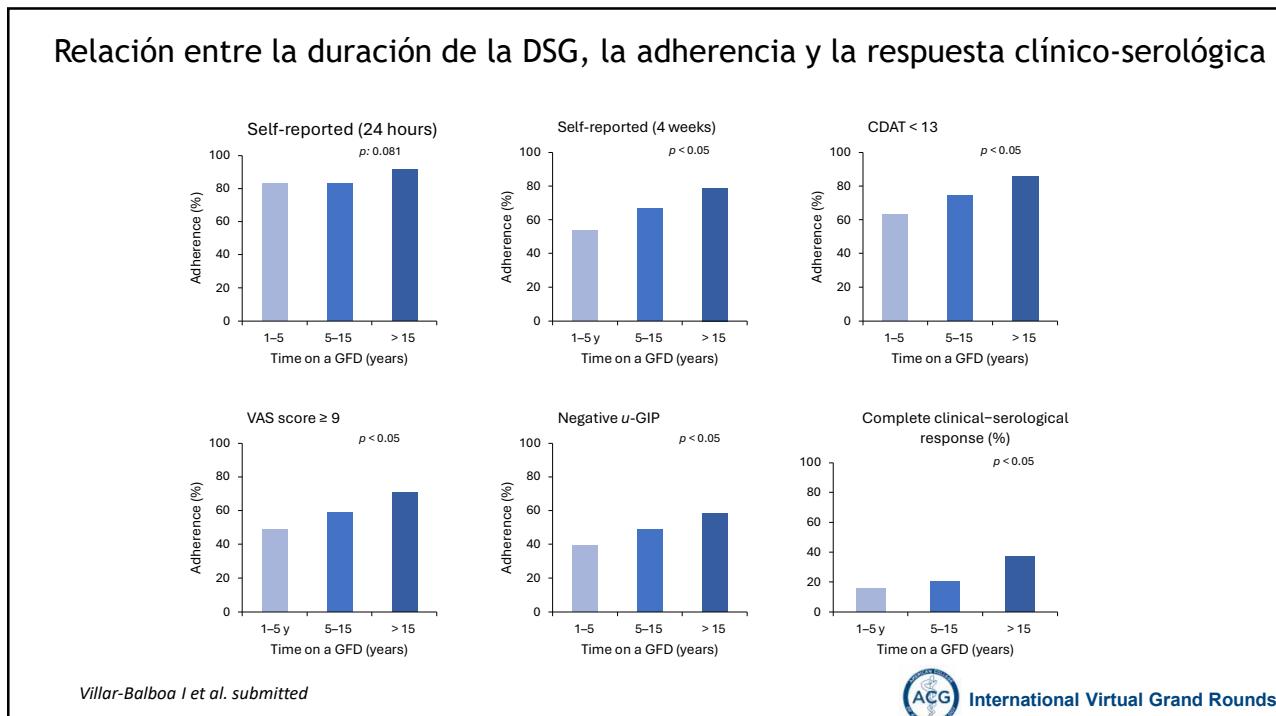
- ❖ Cuestionarios
- ❖ Control analítico (serología)
- ❖ Control clínico / dietético

Biopsia de control y pruebas especiales
solo recomendados si falta de respuesta

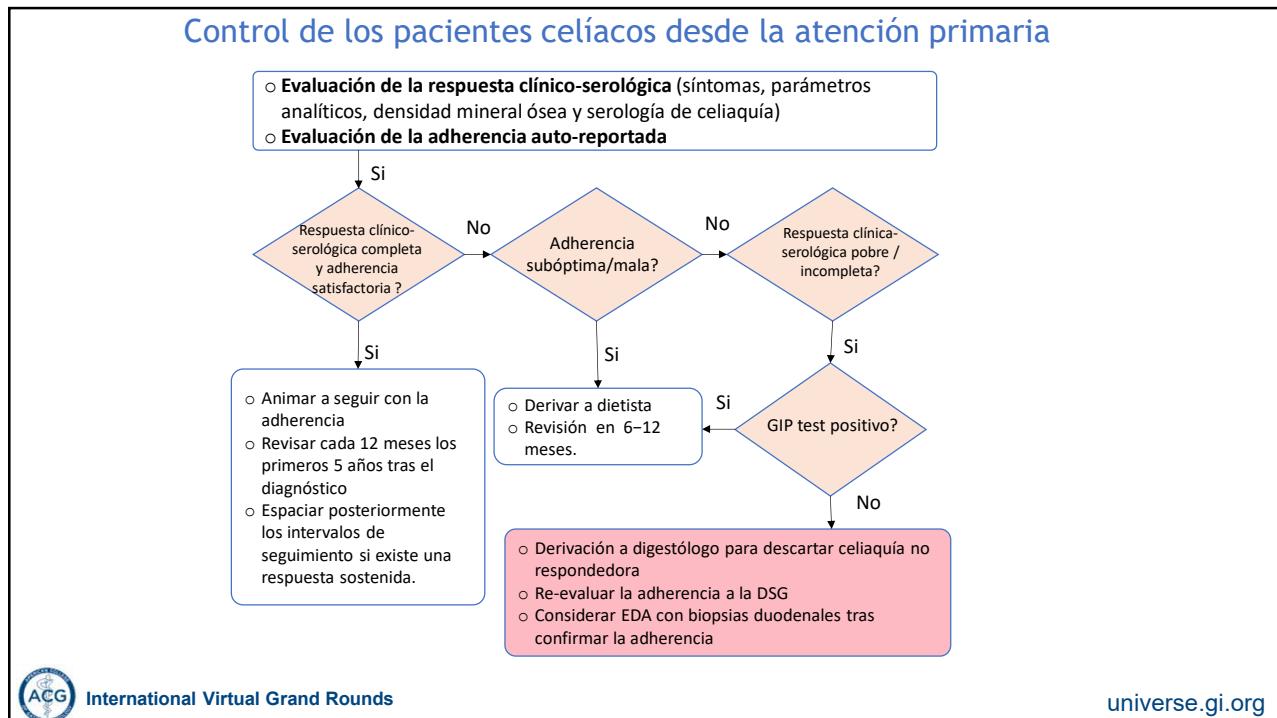
26



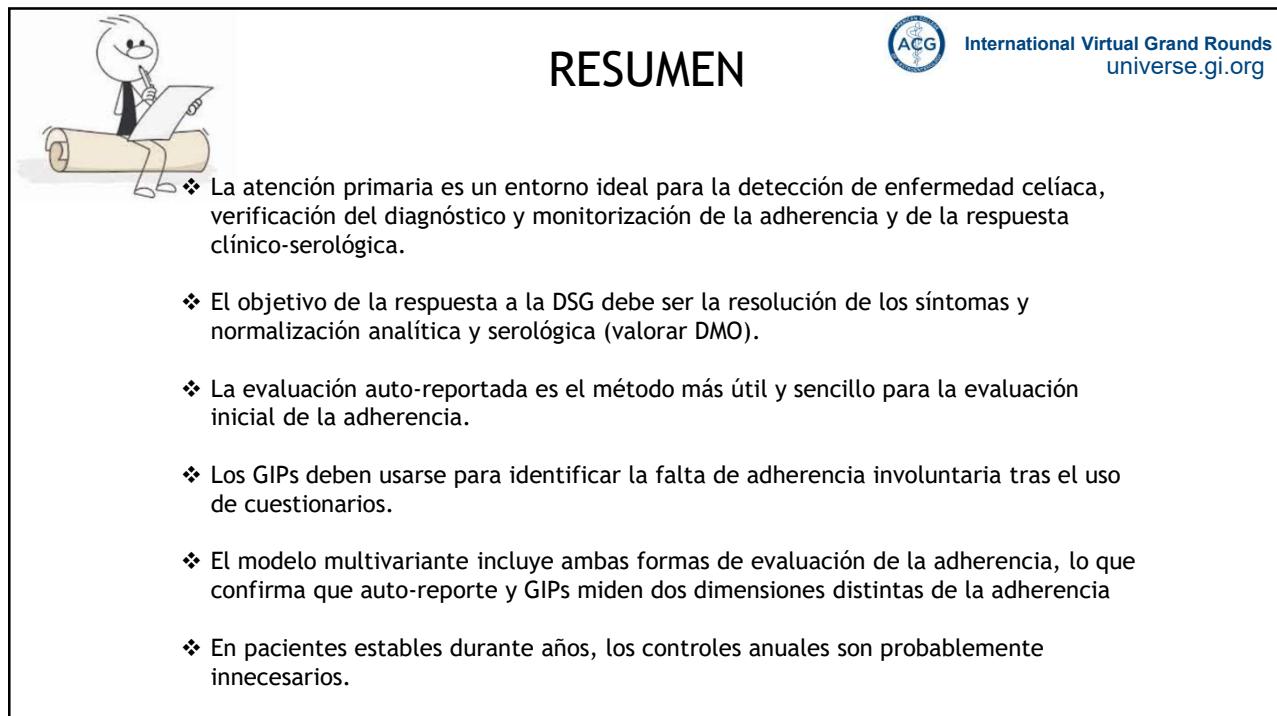
27



28



29



30

 International Virtual Grand Rounds
universe.gi.org


Webinar ACG/SAGE
“Current concepts on celiac disease”
“The challenge of accurately diagnosing CeD”
**“El desafío de diagnosticar con precisión
enfermedad celíaca”**


Julio C. Bai
 Consultor
 Hospital de Gastroenterología “Dr. C. Bonorino Udaondo”

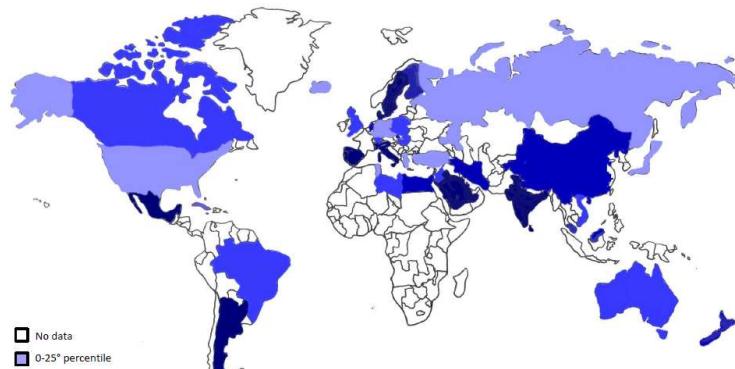

 Profesor Emérito de Medicina
 Universidad del Salvador
 Buenos Aires. Argentina




31

 International Virtual Grand Rounds
universe.gi.org

Epidemiología global

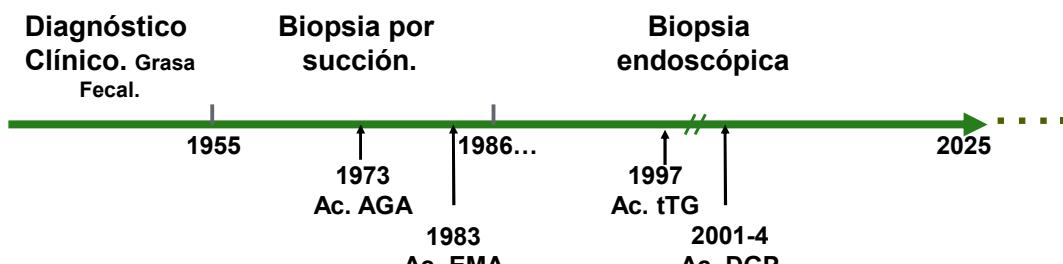


0.3% - 2% prevalencia

Markharia G, et al. Nature Rev. 2022

32

Historia del diagnóstico de la enfermedad Celíaca. Paradigmas.



Paradigmas
Diagnósticos

Solo biopsia

Biopsia + Serología

No Biopsia?

33

Ludvigson J, et al. Gut 2013

33



International Virtual Grand Rounds

universe.gi.org

Estrategia diagnóstica actual y herramientas.

1. Biopsia duodenal “gold standard”
2. Serología específica
3. Genética (HLA DQ2/DQ8)

¡NUNCA DLG sin procedimientos diagnósticos!

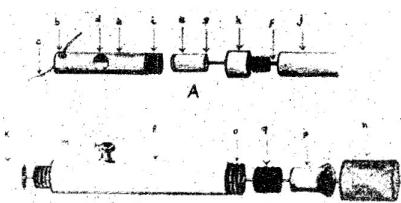
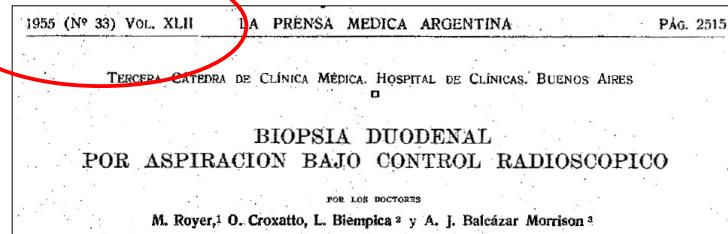
34

Ludvigsson et al Gut 2013; Bai et al JCG 2017; Kelly C et al Gastroenterology 2015; Rubio-Tapia et al AJG 2017

34



Histórico del diagnóstico



SHINER M. Duodenal biopsy.
Lancet. 1956 7; 270: 17-9

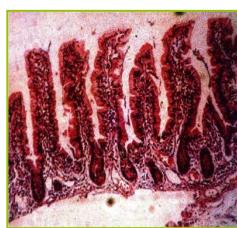
35

Royer M, et al. PMA 1955; Schiner M. Lancet 1956

35



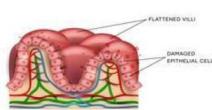
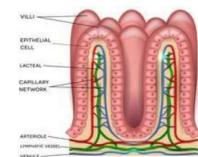
Histología normal y en enfermedad celíaca



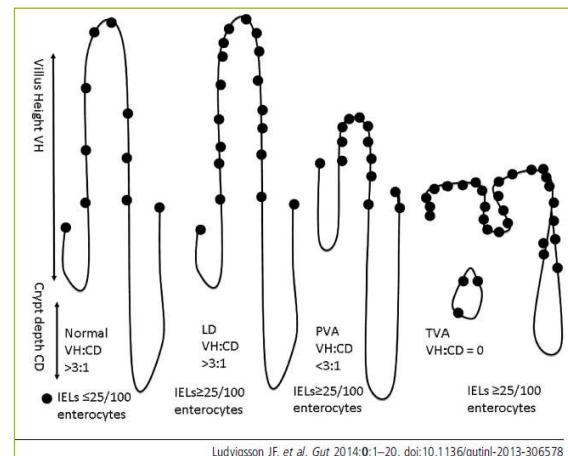
Mucosa normal



Mucosa atrófica



36



Ludvigsson J, et al. Gut 2013

36

Endoscopia para tomas de biopsias. (1986...)



37

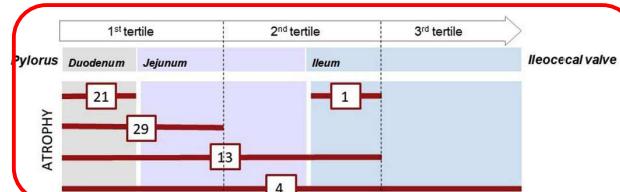


ACG International Virtual Grand Rounds

Ludvigson J, et al. Gut 2013

37

Daño mucoso: extensión distal y parcelaridad

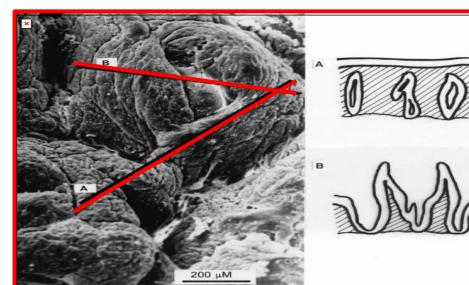


Extensión cefalo-caudal del daño mucoso celíaco en el intestino delgado al diagnóstico de EC.

Ferretti F, et al. CGH 2022

¿Cuán parcelar es el daño parcelar?
 320/686 (46.6%) tuvieron diferentes grados lesionales en diferentes sitios.
 116 of 686 (16.9%) tuvieron variable grado de lesión en la misma muestra.

Ravelli A, et al. AJG 2010



Estereomicroscopía de transmisión endoscópica.
 Marsh MM, et al. Rebuttal of Oberhuber's sub-division
 of Marsh III. GHBB 2017



ACG International Virtual Grand Rounds

38

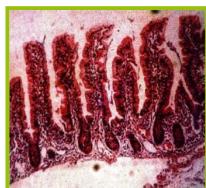
Biopsias endoscópicas

Error diagnóstico histológico.

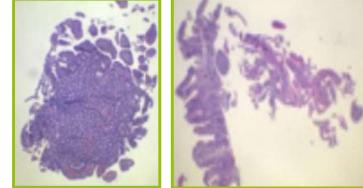
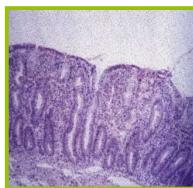
universe.gi.org

Limitación mayor en el diagnóstico

- Mala orientación de especímenes
- Malos cortes histológicos (errores diagnósticos!)



Biopsias por succión

Baja calidad de muestras
Biopsias endoscópicas

39



International Virtual Grand Rounds

universe.gi.org

Error diagnóstico. Histología

Limitación mayor en el diagnóstico: comunidad vs. expertos

	Año	% error	Commentarios
Scandinavia *	2000	13	Sobrediagnóstico (1)
Netherlands *	2011	7.4	Sobrediagnóstico (4)
Sweden *	2011	7.3	Sub-diagnóstico (5)
Argentina	2009	46	Sobrediagnóstico (2)
Italy	2009	20	Sobrediagnóstico(3)
USA	2012	25	Sub-diagnóstico (6)

* Academic institutions

40

1- Weile et al. APMIS 2000; 2- Pinto-Sánchez et al. AGLA 2009; 3- Biaggi et al. CJG 2009; 4- Mubarack et al. SJG 2011; 5- Webb et al. JPGN 2011; 6- Arguelles-Grande et al. JCP 2012;

40



Estrategia diagnóstica actual y herramientas

1. Biopsia duodenal “gold standard”
2. Serología específica
3. Genética (HLA DQ2/DQ8)

41

*Ludvigsson et al Gut 2013; Bai et al JCG 2013
 Kelly C et al Gastroenterology 2015; Bai et al JCG 2017*

41



Serología específica

Sensibilidad	Especificidad
%	%

• AGA IgA	60-70	60-70
-----------	-------	-------

• EmA IgA	~ 80	~ 100
• tTG IgA	> 93	> 97
• DGP IgA	> 95	95
• DGP IgG	> 98	~ 97

Roles: a- pesquisa; b- confirmación

42

Niveloni et al. Clin Chem 2007; Sugai et al. DLD 2009; Sugai et al. WJG 2010

42



Estrategia diagnóstica convencional

Tres situaciones bien definidas:

- 1- paciente sintomático (alto riesgo)
- 2- pesquisa en población general (bajo riesgo)
- 3- Hallazgo incidental de daño (endoscopia alta)

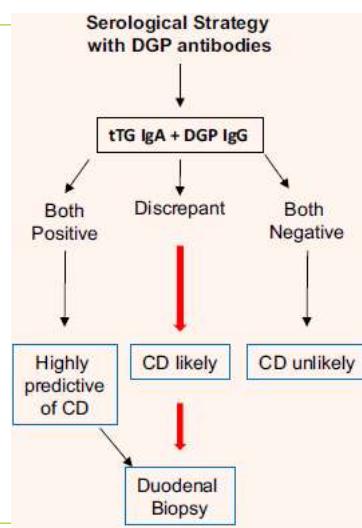
43

Verdú E; Bai JC.. DDS 2018

43



Estrategia diagnóstica renovada



44

Sugai E et al. WJG 2010; Kelly C et al. Gastroenterology 2015; Hoert et al DDS 2018; Verdú E; Bai JC.. AJG 2019

44



Valor de la genética en el diagnóstico

1. Biopsia duodenal “gold standard”

2. Serología específica

3. Genética (HLA DQ2/DQ8)

- 99% de los pacientes llevan variantes asociadas. (HLA DQ 2/8)
- 35% de la población general también presenta genes de riesgo.
- **Innecesario para el diagnóstico en casos convencionales.**

45

*Ludvigsson et al Gut 2013; Bai et al JCG 2013
Kelly C et al Gastroenterology 2015; Bai et al JCG 2017*

45



Evidencia. Serología específica.

Alto pre-test (34%) (alto riesgo, sintomáticos)

Combination	Sens.	Spe.	PPV	NPV	RP+	RP-	ROC
a-tTG IgA + a-DGP IgG	90.5	100	100	94	NC	0.1	0.952

Estimación del número de biopsias evitables

Pacientes sin necesidad de biopsia: **90%**

Casos con dx. equivocado: **0** (10% necesitan biopsia)

Sobre-diagnóstico: **0**

Util en la detección de pacientes entre individuos de bajo riesgo

Sugai et al. WJG 2010; Oyaert et al. Clin Chem Lab Med 2015; Wolf et al. Gastroenterology 2015

46

Paradigma en conflicto. ¿Diagnóstico solamente serológico?

European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition Guidelines for the Diagnosis of Coeliac Disease

EJGPN 2012

*S. Husby, †S. Koletzko, ‡I.R. Korponay-Szabó, §M.L. Mearin, ||A. Phillips, ¶R. Shamir,

- Establecida por **consenso** de expertos
- Parámetro central **tTG IgA X10 + IgA total**
- 2da prueba **confirmatoria EmA IgA**
- Pacientes sintomáticos.
- HLA DQ2/8.

Evidencias:

- Valdimarson et al. DDS 1996
- Guandalini et al. CGR 2001
- Scoglio et al. AJG 2003
- Murdock et al. EJGH 2005
- Sugai E, et al. WJG 2010
- Mubarak et al. WJG 2012



ACG International Virtual Grand Rounds

© UEG. 2019
47

47

Potenciales beneficios del diagnóstico sin biopsia

- Reducción de costos.
- Mayor aceptación por pacientes (sin endoscopia).
- Mejor estandarización de la serología vs. histología.
- Menor riesgo de errores o conflictos diagnósticos.
- Mayor posibilidad de generalización del diagnóstico.
- Sin riesgo de fallar al diagnóstico de EC complicada.



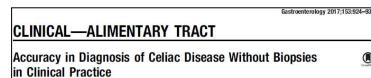
ACG International Virtual Grand Rounds

Bai JC, Verdú E. AJG 2019

48



Nueva guía ESPGHAN. Evidencias.



- Basado en investigación prospectiva (biopsia)
- Sintomáticos y asintomáticos
- 1a línea: IgA tTG $>10 \times$ UNL – Total IgA
- 2a línea: IgA EmA + HLA DQ2/8 ~~+~~ v+
- Util para ~50% pacientes

Werkstetter KJ, et al. Gastro 2017
Mearin ML, et al. ICDS 2019

49

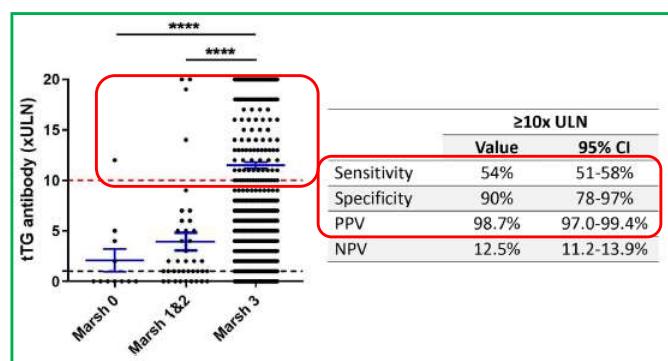


Diagnóstico sin biopsias en adultos (1) Estudio retrospectivo

Original research

Accuracy of a no-biopsy approach for the diagnosis of coeliac disease across different adult cohorts

Hugo A Penny ,¹ Suneil A Raju,¹ Michelle S Lau,¹ Lauren JS Marks,¹ Elisabeth MR Baggus,¹ Julio C Bai,² Gabrio Bassotti,³ Hetty J Bontkes,⁴ Antonio Carroccio ,⁵ Mihai Danciu,⁶ Mohammad H Derakhshan,⁷ Arzu Ensari,⁸ Azita Ganji,⁹ Peter H R Green,¹⁰ Matt W Johnson,¹¹ Sauid Ishaq ,¹² Benjamin Lebwohl,¹⁰ Adam Levene,¹¹ Roxana Maxim,¹³ Hamid Mohaghegh Shalmani,¹⁴ Mohammad Rostami-Nejad,¹⁴ David Rowlands,¹⁵ Irene A Spiridon,⁶ Amitabh Srivastava ,¹⁶ Umberto Volta,¹⁷ Vincenzo Villanacci,¹⁸ Graeme Wild,¹ Simon S Cross,¹ Kamran Rostami,¹⁹ David S Sanders¹



Penny H, et al. Gut 2021

50

Diagnóstico sin biopsias en adultos (2)

Estudio prospectivo

Estudio multicéntrico

Bi.A.CeD study group

SERUM ANTI-TISSUE TRANSGLUTAMINASE IgA AS PREDICTOR OF DUODENAL VILLOUS ATROPHY IN ADULTS WITH SUSPECTED COELIAC DISEASE.

The Bi.A.CeD Multi-Centre Prospective Study

Carolina Ciacci¹, Julio Cesar Bai^{2,3}, Geoffrey Holmes⁴, Abdulbaqi Al-Toma⁵, Federico Biagi^{6,7}, Antonio Carroccio⁸, Rachele Ciccocioppo⁹, Antonio Di Sabatino¹⁰, Rachel Gingold-Belfer^{11,12}, Mariana Jinga¹³, Govind Makrilia¹⁴, Sonia Niveloni², Gary L Norman⁵, Kamran Rostami¹⁶, David S Sanders¹⁷, Edgardo Smecuol³, Vincenzo Villanacci¹⁵, Santiago Vivas¹⁹, Fabiana Zingone^{20,21} - Collaborators Bi.A.CeD study group

Solamente IgA tTG y biopsia
446 pacientes
Diag. histológico revisado

	Serum anti-tTG IgA, xULN					P for trend along xULN strata
	≤1 (non-high)	> 1 and ≤ 5	> 5 and ≤ 10	> 10 and ≤ 15	> 15	
Original local definition of duodenal villous atrophy						
N patients	73	109	92	28	134	
N with duodenal villous atrophy	7	93	90	27	131	
N without duodenal villous atrophy	66	16	2	1	3	
Positive predictive value, %	9.6%	85.3%	97.8%	96.4%	97.8%	<0.001
After central re-evaluation of duodenal villous atrophy						
N patients	73	109	92	28	134	
N with duodenal villous atrophy	7	96	91	27	134	
N without duodenal villous atrophy	66	13	1	1	0	
Positive predictive value, %	9.6%	88.1%	98.9%	96.4%	100.0%	<0.001



ACG International Virtual Grand Rounds

Ciacci C et al. The Lancet GH, 2023

51

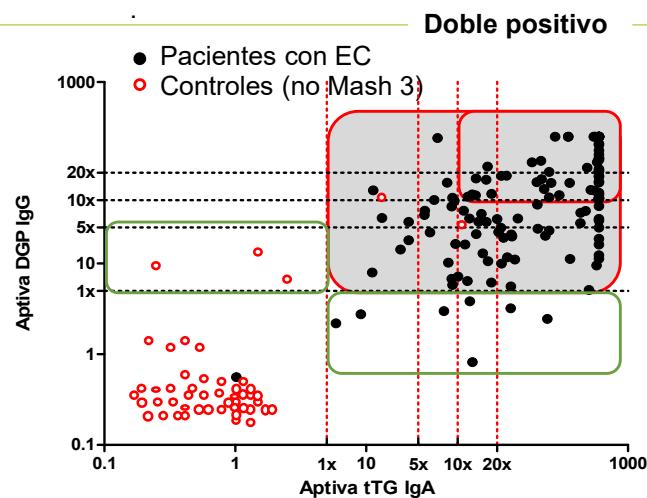
Diagnóstico sin biopsias en adultos (3)

Estudio prospectivo.

Estudio multicéntrico dos Anticuerpos simultáneos.

The association of IgA tissue transglutaminase antibodies to IgG deamidated gliadin peptide antibodies is an excellent confirmatory strategy for celiac disease serological diagnosis. A multicenter, prospective biopsy-based study. Fabiana Zingone¹, Edgardo Smecuol², Daria Maniero¹, Antonio Carroccio³, Federico Biagi⁴, Juan P. Stefanolo², Sonia Niveloni², Gary L Norman⁵, Julio C. Bai^{2,7}, Carolina Ciacci⁶.

Ambas pruebas son confirmatorias una de la otra. Evitarían el 45% las biopsias; VPP 100%.



ACG International Virtual Grand Rounds

52



Cuestionamientos

- **Casos con serología + en bajo nivel (baja especificidad).**
- Utilidad de la endoscopia para diagnósticos alternativos.
- Histología inicial útil para luego comparaciones eventuales.
- **Falta de consenso.**

Bai JC, Verdú E. AJG 2019

53

Recomendaciones a tener en cuenta ante la estrategia diagnóstica sin biopsia

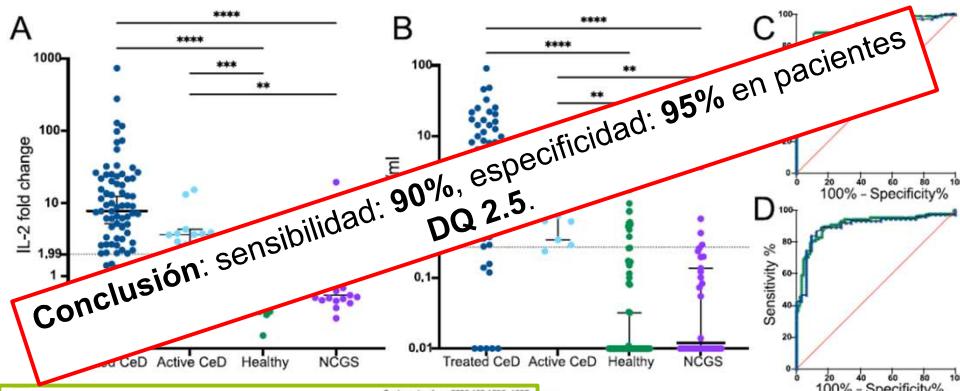
- **Fuertemente desaconsejado** el diagnóstico sólo basado en síntomas.
- Considerar diagnóstico en **población sintomática**. “**alto pre-test**”.
- Conocer la **performance de las pruebas y los laboratorios**.
- Uso de **pruebas combinadas** (IgA tTG + IgA EmA or IgAtTG + IgG DGP)
- Limitaciones en **serologías discordantes**. Se requiere **biopsia**.
- **Confirmar la serología** (6 m) si las pruebas son ligeramente positivas.

Bai JC, Verdú E. AJG 2019

54



Novedades diagnósticas 2025



SMALL BOWEL

Blood-Based T-Cell Diagnosis of Celiac Disease

Olivia G. Moscatelli,^{1,2} Amy K. Russell,¹ Lee M. Henneken,³ Linda Fothergill,¹ Allan Motley,⁴ Hugh Reid,⁵ Jamie Rossjohn,^{5,6} Vanessa Bryant,^{1,2} Robert P. Anderson,⁷ Melinda Y. Hardy,^{1,2} and Jason A. Tye-Din^{1,2,8}

IL-2 4 horas post desafío con gluten in-vivo o en desafío in-vitro

55



Conclusiones

- Serología y biopsia duodenal son aún el “gold standard”.
- Persisten **problemas** diagnósticos en la **práctica comunitaria**.
- El diagnóstico en adultos está evolucionando.
- **Fuerte rechazo al diagnóstico sólo basado en síntomas o HLA.**
- El diagnóstico sin **biopsia** es posible. No hay **consenso**.
- Falta **más investigación prospectiva** (en curso).

56



Conclusiones

“La dificultad reside no tanto en desarrollar nuevas ideas, como sí, en escapar de las viejas.”

JM Keynes (C. Ciacci)

!!Muchas gracias!!



57



Virtual Grand Rounds
universe.gi.org

Questions



Maria Esteve Comas, MD



Julio C. Bai, MD



Edgardo Smecuol, MD

58