

Diarrea crónica

Autores

Santiago Cano Martínez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias- Complejo Hospitalario Universitario "Juan Canalejo" SERGAS- A Coruña- España

Guías Clínicas 2002; 2(1)

Puntos clave

- Una diarrea es crónica cuando dura más de 4 semanas. La causa más frecuente es el síndrome del intestino irritable.
- Desde el punto de vista fisiopatológico puede ser clasificada en: Diarrea inflamatoria, Diarrea osmótica, Diarrea secretora o acuosa, Alteración de la motilidad intestinal y diarrea facticia
- La reposición de líquidos es lo más importante del manejo agudo del paciente con diarrea.

¿De qué hablamos?

Una diarrea es crónica cuando dura más de 4 semanas. Requiere reevaluaciones continuas. La causa más frecuente es el síndrome del intestino irritable. El diagnóstico nos lo da la evaluación conjunta de la historia, examen físico, pruebas de laboratorio y estudios complementarios.

Desde el punto de vista fisiopatológico puede ser clasificada en:

- Diarrea inflamatoria: existe inflamación de la mucosa y submucosa. Clínicamente aparece fiebre, dolor abdominal, sangre o leucos en heces, lesiones inflamatorias en biopsia intestinal. A veces alteraciones de la analítica (hipoalbuminemia, hipoglobulinemia). El mecanismo causante de la diarrea es la inflamación, la malabsorción y la secreción intestinal.
- Diarrea osmótica: ocurre cuando un soluto (nutriente o fármaco) que no se absorbe en intestino delgado ejerce un efecto osmótico de manera que atrae agua hacia la luz intestinal. Clínicamente aparece malabsorción, mejora con el ayuno, y pueden aparecer déficits nutricionales, pH bajo, sodio en heces bajo y tendencia a la hipernatremia.
- Diarrea secretora o acuosa: aumento de la evacuación por alteración del intercambio de líquidos y electrolitos. Persiste a pesar del ayuno, puede aparecer deshidratación, gran volumen de las heces, y pH fecal suele ser mayor a 6.
- Alteración de la motilidad intestinal: se debe al aumento del tránsito intestinal, asociado en ocasiones a sobrecrecimiento bacteriano. Puede aparecer alternando con estreñimiento. No cede con el ayuno.
- Diarrea facticia: autoinducida por el paciente. Más frecuente en mujeres. Es una diarrea acuosa que se suele asociar a hipopotasemia, debilidad y edemas.

¿Cuáles son sus causas?

Diarrea inflamatoria

- EII (colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn)
- Colitis isquémica
- Enterocolitis por radiación
- Gastroenteritis eosinófila (infecciosa, inflamatoria, alergias, por congestión esplácnica, SIDA)
- Enfermedades autoinmunes (Behcet, injerto contra huésped, ...)

Diarrea osmótica

- Insuficiencia pancreática exocrina (crónica, FQ, obstrucción de vía, ...)
- Sobrecrecimiento bacteriano
- Toma crónica de determinadas frutas, dulces, chicles, alimentos dietéticos, con sorbitol o fructosa
- Enfermedad celíaca
- Déficit de lactasa
- Enfermedad de Whipple

Elaborada con opinión de un experto y revisión posterior por colegas.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Aviso a pacientes o familiares:

La información de este sitio está dirigido a profesionales de atención primaria. Su contenido no debe usarse para diagnosticar o tratar problema alguno. Si tiene o sospecha la existencia de un problema de salud, imprima este documento y consulte a su médico de cabecera.

- Linfangiectasia intestinal
- Abetalipoproteinemia
- Síndrome del intestino corto tras resección

Diarrea secretora

- Síndrome carcinoide
- Mastocitosis sistémica
- Síndrome de Zollinger-Ellison
- Vipomas pancreáticos
- Carcinoma medular de tiroides
- Adenoma vellosa de recto
- Colitis microscópica y colitis colágena
- Diarrea colerética por fístulas o resecciones

Diarrea por alteración de la motilidad intestinal

- Síndrome del colon irritable
- Síndrome posvagotomía
- Malabsorción de ácidos biliares
- Hipertiroidismo
- Impactación fecal
- Enfermedades neurológicas
- Neuropatías (diabetes mellitus)

Diarrea facticia

- Abuso de laxantes
- Adición de agua

Estudio del paciente con diarrea crónica

Historia clínica. Deben valorarse 14 puntos:

1. inicio: abrupto, gradual...
2. patrón: continua, intermitente...
3. duración de síntomas
4. factores epidemiológicos: viajes, comidas en restaurantes, enfermedad en otros familiares...
5. características de las heces: acuosas, ensangrentadas, aceitosa...
6. existencia de incontinencia fecal
7. dolor abdominal y sus características
8. presencia de pérdida de peso
9. factores agravantes: stress, dietas...
10. factores atenuantes: dieta blanda, fármacos...
11. repaso de historia anterior del paciente
12. iatrogenia: fármacos, radiación, cirugía...
13. uso de laxantes
14. revisión sistemática: hipertiroidismo, diabetes mellitus, enfermedades del colágeno, tumores, SIDA...

Relación entre las características de las heces y localización de la causa:

Exploración física. Ayuda a establecer la severidad de la diarrea y el diagnóstico etiológico. Debe valorarse el estado de nutrición e hidratación, palidez,

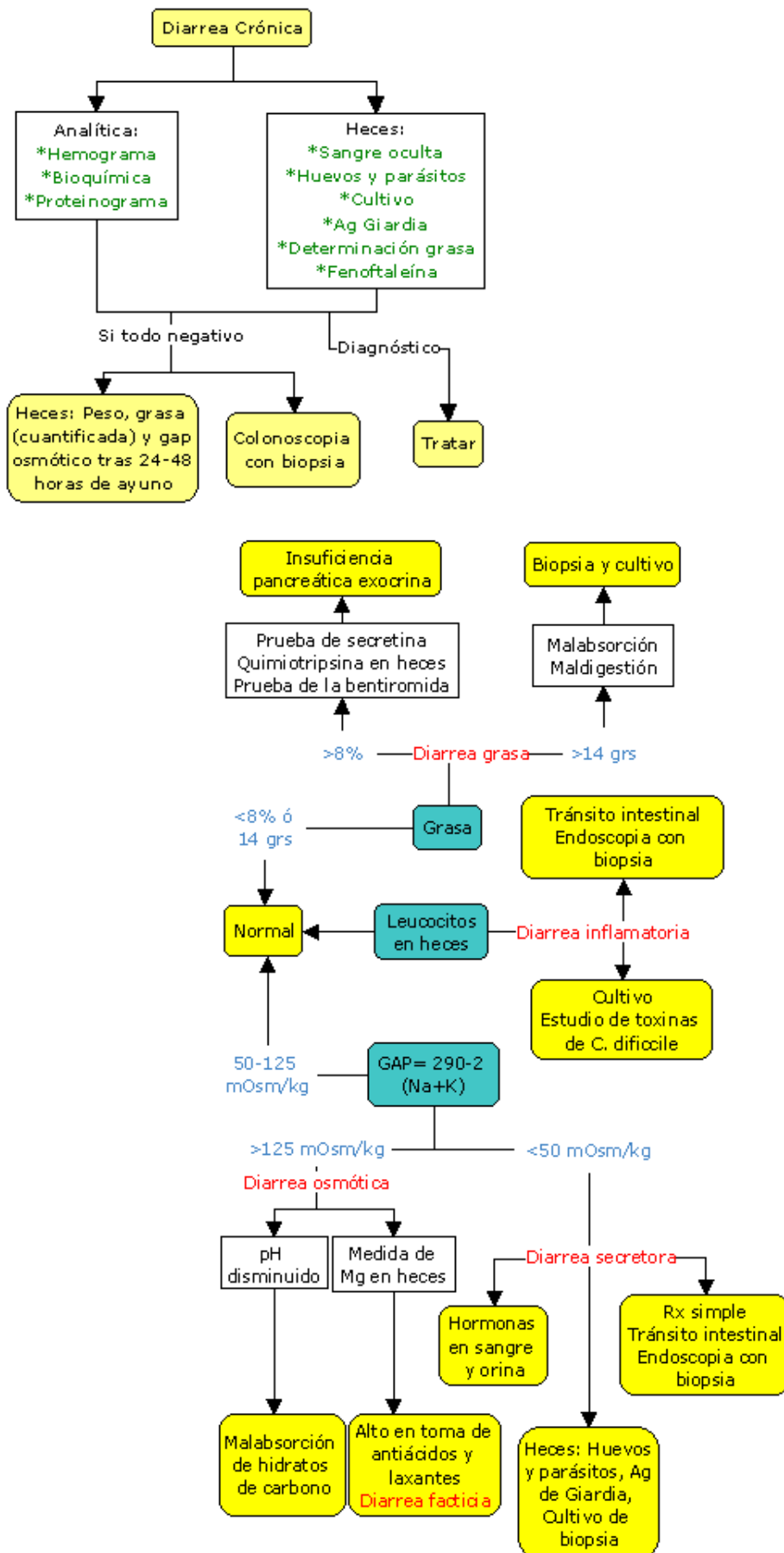
fiebre, edemas, hipotensión postural, adenopatías, hiperpigmentación cutánea o mucosa, neuropatía, bocio, artritis, hepatomegalia, masas abdominales, ascitis, impactación fecal, fístula anal, rash cutáneo, equimosis, macroglosia, exoftalmos, aftas bucales, disnea.

Pruebas complementarias:

Relación entre signos y síntomas, y causa etiológica

Artritis	EII, enfermedad de Whipple, derivaciones intestinales, colagenopatías
Dolor abdominal	Afectación pancreática
Afección hepática	EII, neoplasia
Fiebre	EII, TBC, amebiasis, linfoma, enfermedad de Whipple, hipertiroidismo
Eosinofilia	Parásitos, gastroenteritis eosinófila
Neuropatía	Diabetes, amiloidosis
Proteinuria	Amiloidosis
Pérdida importante de peso	EII, síndromes de malabsorción, neoplasia, hipertiroidismo
Linfadenopatías	Enfermedad de Whipple, linfoma, SIDA
Eritema nodoso	EII, TBC
Hipotensión arterial	Diabetes, enfermedad de Addison
Colagenosis	Vasculitis mesentérica
Úlceras pépticas	Síndrome de Zollinger-Ellison
Arterioesclerosis sistémica	Isquemia intestinal
Hiperpigmentación	Enfermedad de Whipple, enfermedad de Addison, esprue tropical
Infecciones de repetición	Inmunodeficiencia
Sudoración, temblor	Hipertiroidismo
Fístulas perianales	Enfermedad de Crohn
Crisis de sofoco	Tumor carcinoide, vipoma, mastocitosis, feocromocitoma, vipoma, glucagonoma
Acantosis nigricans	Neoplasias

Intestino delgado y colon derecho	Resto de colon, recto y sigma
Frecuencia escasa o moderada	Muy frecuente
Abundante	Escasa
Clara	Oscura
Acuosa	Moco
Espumosa	Urgencia rectal
Jabonosa	Tenesmo rectal
Grasienta o brillante	
Sin sangre	Con sangre
Dolor abdominal periumbilical o cólico y con borborigmos	Dolor hipogástrico o sacro que cede tras las deposiciones



¿Cómo se trata?

La reposición de líquidos es lo más importante del manejo agudo del paciente con diarrea.

Dieta y suplementos nutricionales. En el caso de paciente con déficit de lactasa transitorio o intolerancia a la lactosa se recomienda dieta libre de lactosa y derivados (salvo el yogurt que contiene betagalactosidasa). Si existe una pérdida importante de peso se recomienda dieta rica en proteínas y pobre en grasas. En ocasiones, la diarrea es producida por el efecto osmótico de los productos dietéticos que contienen edulcorantes que se deben eliminar de la dieta. En enfermos celíacos se indica dieta libre en gluten. En los pacientes con pérdida de zinc importante, es adecuado administrarlo pues sino se puede cronificar más la diarrea. Si existe anemia ferropénica o megaloblástica se requiere aporte de Hierro o ácido fólico o vitaminas.

Agentes antiseoretos. El subsalicilato de bismuto tiene propiedades antimicrobianas y antisecretorias. **Sustancias absorbentes.** El salvado de trigo, el plátano o el psilio aumentan la consistencia de las heces mediante absorción de agua de la luz intestinal

Los derivados opiáceos como defenoxilato y **Loperamida** son útiles en diarrea secretora y están contraindicados en diarreas infecciosas, diarreas de alto volumen y colitis ulcerosa (donde puede favorecer la aparición de megacolon tóxico).

La octeótrida, análogo sintético de la somatostatina, es útil en el síndrome carcinoide, en otros tumores neuroendocrinos, diarrea por diabetes mellitus (también asociada a clonidina), diarrea por virus VIH, enfermedad injerto contra huésped (EHCH), diarrea tras quimioterapia, tras resección intestinal extensa con yeyunostomía distal. Sus efectos adversos son aumento de riesgo de cálculos biliares, malabsorción y pseudoobstrucción.

Los inhibidores de la ATPasa y los antagonistas de los receptores H₂ son útiles en el síndrome de Zollinger-Ellison, síndrome del intestino corto.

La **Indometacina** es útil en la diarrea que acompaña al carcinoma medular de tiroides y a los adenomas vellosos y a la enteritis por radiación, pero puede exacerbar la diarrea de EII.

La **colestiramina** es útil en diarreas secundarias a malabsorción ileal de sales biliares y en pacientes con diarrea tras resección ileal limitada.

Respecto a los **antibióticos**, están indicados en el sprue tropical y en el sobrecrecimiento bacteriano excesivo.

La diarrea severa por EHCH se trata con **esteroides** y **globulina antitímocito** o mofetilo de micofenolato.

Los α_2 -adrenérgicos (**clonidina** y **lidamidina**) son útiles en la diarrea por retirada de opiáceos. Los pacientes con resección ileal extensa, dieta baja en grasa y agentes inhibidores de la motilidad.

Bibliografía

Ahlquist DA, Camilleri M. Diarrea y estreñimiento. En: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL et al eds. Harrison Principios de Medicina Interna. 15ªed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 2001.p 286-297

American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association Medical Position Statement: Guidelines for the Evaluation and Management of Chronic Diarrhea. Gastroenterology 1999;116:1461-1464.

Quintero Carrión E. Síndrome diarreico. En: Rozman C, Aguado J M, Agustí García-Navarro, et al eds. Medicina interna. 14ª ed. Madrid: Mosby-Doyma; 2000. p.213-223

Semrad C E, Chang E B. Approach to the patient with diarrhea. En: Humes H D, Dupont H L. Kelley's Textbook of Internal Medicine. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Publishers; 2000. P.159-164.

Toth PP. Gastroenterology: Chronic Diarrhea. [Internet]. En: Graber M A, Toth P P, Herting R L. University of Iowa Family Practice Handbook.. 3rd ed. Iowa: University of Iowa; 1999. [consultado el 31-12-2001].