

La diarrea crónica en el adulto es una causa muy frecuente de consulta, en Estados Unidos, se calcula una prevalencia entre el 3 y 5%. Sus causas pueden obedecer a una larga lista de condiciones y los exámenes para el diagnóstico, disponibles y aplicables, hoy en día, también suman una lista interminable. Desgraciadamente, no existe aún un plan de manejo que haya sido sólidamente validado.

En este capítulo seguiremos las recomendaciones propuestas a los gastroenterólogos por la Asociación Americana de Gastroenterología, cuidando de poner énfasis en aquellos puntos que son de interés para el médico no especialista o de atención primaria.

## Definición

Diarrea crónica se define como la producción de deposiciones blandas o líquidas, con o sin aumento de la frecuencia, por un período mayor de 4 semanas. Un aumento sólo de la frecuencia (3 o más al día) pero sin una disminución de la consistencia, no se considera diarrea y en general no es percibida como tal por los pacientes; en cambio, sí lo es un aumento de la fluidez de las deposiciones.

El peso en las deposiciones (mayor de 200 g en 24 horas) que a menudo se usa en los trabajos científicos, tampoco es útil como criterio clínico: muchos pacientes tienen deposiciones líquidas de menor peso y otros tienen deposiciones de 300 g o más, de consistencia sólida. Además, muy rara vez es posible obtener esta medición en la práctica diaria.

La duración mínima de 4 semanas, se ha propuesto porque la mayoría de las diarreas agudas infecciosas son autolimitadas, durando en general, un período menor.

**Incontinencia-diarrea.** La mayoría de los pacientes con incontinencia, no la reconocen espontáneamente. Todo enfermo con diarrea crónica, particularmente si es de edad avanzada, debe ser investigado dirigidamente en este sentido. De existir este problema, especialmente con deposiciones de escaso volumen, el paciente debe ser evaluado por esta patología y no por diarrea.

**Intestino irritable.** Esta patología presenta como síntomas ejes, el dolor abdominal crónico asociado a cambios, tanto en la frecuencia como en la consistencia de las deposiciones. Se tiende a reconocer una

forma predominantemente con diarrea y otra predominantemente con constipación. (ver capítulo correspondiente).

## **Etiología**

En el nivel socio-económico alto, las causas más frecuentes de diarrea crónica del adulto son: intestino irritable, diarrea post cirugía (vagotomías, gastrectomías, colecistectomías, resección intestinal), enfermedades inflamatorias intestinales, malaabsorción (pancreáticas o intestinal), tumores e infecciones crónicas. En los niveles socio-económicos bajos, las infecciones crónicas ocupan uno de los primeros lugares seguidos de los trastornos funcionales.

Las causas más frecuentes de diarrea crónica en el adulto mayor son colitis microscópica, colitis colágena, isquemia y tumores. En el adulto joven en cambio, prevalecen los trastornos funcionales y las enfermedades inflamatorias intestinales (EII).

Los exámenes diseñados para evaluar daño estructural del tubo digestivo (endoscopías, radiología e imágenes), han alcanzado un alto grado de perfeccionamiento, habiendo relegado los exámenes funcionales a centros terciarios (sondeo pancreático con balance grasa, prueba de d-xilosa, etc).

El uso racional de esta tecnología, junto a una acuciosa anamnesis y examen físico nos permitirán acercarnos al diagnóstico en un alto porcentaje de los pacientes, refiriendo una minoría de ellos a los centros terciarios.

## **Historia clínica**

Una detallada historia clínica debe incluir los siguientes puntos:

1. Cronología: debe preguntarse: ¿Es el primer episodio o hay antecedentes de episodios similares a lo largo de los años?. ¿La evolución ha sido continua o recurrente?. ¿Hubo diarrea en la infancia?. ¿Se alterna con períodos de constipación?. ¿El comienzo fue brusco, sugiriendo un cuadro infeccioso o ha sido lento y gradual?. ¿Presenta diarrea nocturna?. ¿Es preferentemente matinal?.
2. Indagar si hay una historia de exposición a fuentes potencialmente contaminantes, como viajes al extranjero, a zonas rurales o enfermedad simultánea de otros miembros de la familia. También es importante consultar sobre hábitos y preferencias sexuales.

3. Consultar sobre las características de las deposiciones. ¿Son voluminosas, acuosas o tienen características sugerentes de esteatorrea?, todo ello indica un origen en el intestino delgado. Por el contrario, deposiciones de escaso volumen, a veces muy frecuentes, son características de patologías de colon izquierdo o recto. En este último caso se acompañan de dolor, sensación de evacuación incompleta y pueden tener mucosidades con sangre.
4. Preguntar sobre la ausencia o presencia de incontinencia.
5. Preguntar sobre presencia de dolor abdominal. Este siempre está presente en los pacientes con enfermedades inflamatorias, intestino irritable e isquemia. El área de referencia del dolor del intestino delgado es periumbilical y no es raro que se irradie a la región dorsolumbar. El dolor de colon se ubica preferentemente en el abdomen inferior: hipogastrio y/o fosas ilíacas.
6. ¿Pérdida de peso?. Esto debe ser evaluado objetivamente por el médico. Por regla general, los pacientes con diarrea crónica reducen la ingesta calórica, lo que condiciona una pérdida moderada de peso. Pérdidas mayores son habituales en los síndromes de mala- absorción, neoplasias e isquemia intestinal.
7. Síntomas que acompañan al cuadro diarreico. Además del dolor, pérdida de peso, fiebre y anemia es necesario preguntar por la existencia de dolores articulares, dolencias oculares, y eritema nodoso, manifestaciones que suelen acompañar a las EII.
8. Interrogar sobre intervenciones quirúrgicas y radioterapias, y su relación con el inicio de la diarrea. Antecedentes de otras enfermedades como hipertiroidismo, diabetes, vasculitis y enfermedades del colágeno.  
Consumo de alcohol, cafeína y drogas y en general todo nuevo medicamento. Consumo de antibióticos 4 ó 6 semanas precediendo a la aparición de la diarrea.  
Encuesta dietética sobre todo si ha habido cambios recientes en ella. Averiguar sobre consumo de leche e hidratos de carbono pobremente absorbibles como son fructosa y sorbitol, presentes en frutas y usados como edulcorantes en productos dietéticos.
9. Dada la alta prevalencia de los trastornos funcionales, es imprescindible consultar sobre algunos aspectos psicosociales que puedan ser relevantes: relación de los síntomas con el estrés, antecedentes de eventos psicológicamente significativos que puedan estar en el inicio de la enfermedad y en su perpetuación.

## **Examen físico**

Este puede proporcionar algunos escasos, pero importantes datos que orientan hacia una etiología: úlceras bucales, adenopatías, signos de hipertiroidismo, disautonomía, masa abdominal, signos de severa enfermedad aterosclerótica, etc.

Lo más frecuente es que el examen físico mida el impacto que el síntoma diarrea ha tenido en el sujeto: pérdida de peso, anemia, desnutrición, hipovolemia y deshidratación. No debe olvidarse en el examen físico evaluar la presión del esfínter anal.

Puede que en esta etapa se tenga una hipótesis de alta probabilidad, en cuyo caso se procederá directamente a realizar aquellos exámenes que puedan confirmarla o rechazarla.

Lo más frecuente sin embargo, es que no haya hipótesis suficientemente sólida; en ese caso sugerimos solicitar exámenes de acuerdo a la prevalencia descrita más arriba, para distintos grupos étnicos y socioeconómicos.

## **Exámenes de laboratorio**

A continuación se analizan los principales exámenes disponibles y su utilidad y rendimiento.

### **Hematológicos**

Los exámenes de rutina tales como hemograma y sedimentación, perfil bioquímico, electrolitos plasmáticos, no informan sobre probables etiologías, pero sí miden el impacto que la enfermedad ha tenido en la economía del sujeto. Sistemáticamente estos exámenes son normales en los trastornos funcionales.

Los exámenes que tienen una mayor especificidad diagnósticas son:

- PCR elevada que apoya el diagnóstico de enfermedad inflamatoria.
- Anticuerpos antiendomio y antitransglutaminasa tisular, indicadores de enfermedad celíaca.
- Anticuerpos pANCA son positivos en más del 80% de los casos de colitis ulcerosa.

### **Examen de deposiciones**

El examen parasitológico de deposiciones es el test tradicional para la investigación de quistes, huevos o trofozoítos de parásitos. Se debe

complementar con la investigación de *Isospora*, *Cryptosporidium* y *Microsporidium*, que requieren técnicas especiales que deben ser solicitadas al laboratorio.

Los cultivos especiales para bacterias y la investigación de virus, sólo están justificados en sujetos inmunodeprimidos.

En una deposición aislada pueden realizarse otros exámenes que son simples, de bajo costo y muy útiles cuando sus resultados son positivos:

- Leucocitos fecales. Su presencia denota inflamación con daño tisular.
- Tinción de grasa (Sudan III) o el esteatocrito, se correlacionan muy bien con el balance graso, cuando existen esteatorreas significativas ( $> 14 \text{ g}/24 \text{ h}$ ). Este examen requiere que el paciente esté ingiriendo cantidades normales de grasa.
- Medición de pH y sustancias reductoras en deposiciones. Un pH menor de 5,5 indica, con altísima probabilidad, malaabsorción de hidratos de carbono. La reacción de Benedict para sustancias reductoras dará resultados positivos frente a glucosa, fructosa, galactosa, maltosa y lactosa.
- La medición de electrolitos fecales y osmolaridad, aunque simple, no está disponible en nuestro medio.
- Determinación de toxina A, de *Clostridium difficile* para el diagnóstico de diarrea asociada a antibióticos.

Estas determinaciones están sujetas a errores, siendo el principal, la falta de conservación a baja temperatura de la muestra y la demora (mayor de 2 horas) en su procesamiento.

### Exámenes endoscópicos

La colonoscopia, incluyendo la ileoscopia terminal cuando es posible, es el mejor examen para estudiar lesiones de la mucosa colónica. Permite diagnosticar tumores, enfermedad diverticular, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, colitis pseudomembranosa, etc.

En muchos casos, la mucosa puede parecer perfectamente normal, sin embargo, es mandatorio tomar biopsias escalonadas. Sólo de este modo se puede efectuar el diagnóstico de colitis colágena, microscópica o linfocítica y otras patologías más raras como amiloidosis y enfermedad de Whipple.

La endoscopia digestiva alta es hoy el método de rutina para tomar

biopsias de mucosa duodenal y aspirado de líquido intestinal. Numerosas enfermedades pueden ser diagnosticadas a través de la biopsia duodenal: enfermedad celíaca, linfoma, enfermedad de Crohn, esprúe asociado a hipogamaglobulinemia, enfermedad de Whipple, linfangectasia, amiloidosis, mastocitosis y varias infecciones como *Mycobacterium*, *Cryptosporidium* y hongos.

El aspirado intestinal es sometido a exámenes directos, para buscar parásitos y cultivos en medios aerobios y anaerobios ante la sospecha de sobrecrecimiento bacteriano.

Es extremadamente raro que si no se realizan estos dos procedimientos adicionales, la endoscopia alta aporte algún dato útil al diagnóstico de diarrea crónica (Anemia perniciosa, síndrome de Zollinger Ellison).

Las condiciones enumeradas anteriormente, son poco frecuentes como causa de diarrea crónica. Por ello la endoscopia alta, debería realizarse sólo para llevar a cabo los dos procedimientos mencionados y cuando, excluyendo enfermedad de colon e íleon terminal existe fuerte sospecha de esteatorrea.

En algunos casos de difícil diagnóstico se justifica el estudio mediante enteroscopia anterógrada, retrógrada o ambas, con la toma de biopsias correspondientes.

### **Exámenes radiológicos**

Actualmente la enema baritada tiene menos indicaciones, ya que la colonoscopia, además de la mejor tolerancia, permite tomar biopsias.

La radiología de intestino delgado examina áreas no accesibles a estudios endoscópicos. Puede revelar un patrón de malaabsorción, enfermedad de Crohn, linfoma, divertículos yeyunales, estenosis y zonas de dilatación que puedan dar origen a estudios adicionales.

Los exámenes radiológicos de colon e intestino delgado son los que mejor permiten demostrar la presencia de fistulas y estenosis, además de aclarar la anatomía después de cirugías previas.

Con la tomografía axial (TAC) de abdomen y pelvis, visualizamos el páncreas, así como adenopatías mesentéricas o retroperitoneales, tumores, engrosamientos de la pared intestinal y dilatación de asas. Por ello resulta muy útil en estudio de enfermedades inflamatorias de diversa naturaleza, linfomas y tumores. La presencia de masa palpable o plastrón debería ser seguida inmediatamente por una TAC.

La ecotomografía abdominal, en términos generales, aporta la misma información, pero su sensibilidad es menor y es observador dependiente.

## **Tratamiento**

Los tratamientos empíricos están justificados en algunas situaciones como la fuerte sospecha de infección crónica en áreas de nivel socio-económico bajo, justificando un tratamiento empírico con antibióticos y Metronidazol.

La intolerancia a hidratos de carbono puede ser estudiada inicialmente por dietas con exclusión del azúcar sospechosa (lactosa o frutosa).

Como tratamientos sintomáticos, ya sea mientras se realizan los estudios o porque la condición no tiene tratamiento específico. Los medicamentos más usados son Bismuto y los opiáceos sintéticos como Loperamida y Difenoxilato.

La colestiramina que actúa inactivando la sales biliares que llegan al colon, mejora no sólo condiciones de patología de intestino terminal, sino otras como diarrea post colecistectomía y diversos trastornos motores con aceleración del tránsito. Una prueba positiva de colestiramina obliga a verificar el estado estructural del íleon terminal.

En resumen, las causas de diarrea son múltiples y aún en niveles terciarios quedan enfermos sin ser aclarados.

La historia clínica minuciosa y el examen físico son esenciales y son el punto de partida para plantear las hipótesis diagnósticas.

Si el médico general tiene acceso expedito a exámenes complementarios (laboratorio, endoscopías, radiologías o imágenes), puede establecer el diagnóstico en un alto porcentaje de enfermos. En el caso contrario, se verá obligado a derivar la mayoría de sus pacientes a los niveles secundarios y terciarios.

## **Referencias**

- 1.- AGA Medical Position Statement. Guidelines for the evaluation and management of Chronic Diarrhea. Gastroenterology 1999; 116: 1461-4.
- 2.- Fine K, Schiller L. AGA Technical Review on the evaluation and management of chronic diarrhea. Gastroenterology 1999; 116: 1464-86.