



Diarrea crónica en viajero frecuente

Gregorio Arellano-Aguilar,* Emilio Baca-Prieto,† José Aguirre-Trigueros,§ Santiago López-Forcén^{||}

Resumen

Antecedentes: La diarrea crónica se define como el aumento en la cantidad de las evacuaciones en más de tres veces por día por un periodo mayor a 4 semanas. Representa siempre un reto diagnóstico. **Caso clínico:** Paciente masculino de 28 años de edad, originario de Hiroshima, Japón; soltero, asesor internacional de negocios; hábitos alimentarios alterados por viajes muy frecuentes entre países asiáticos, europeos y latinoamericanos. Con padecimiento de 4 meses de evolución caracterizado por aumento en el número de evacuaciones (5 a 9/día), de consistencia líquida a semilíquida (7 y 6 en escala Bristol), verdosas, acompañadas de dolor leve a moderado tipo cólico en epigastrio, mesogastrio, hipocondrio, flanco y fosa ilíaca derechas; ha perdido dos kilos de peso; multitratado, se le hospitaliza por diarrea crónica en estudio, llegando al diagnóstico de infestación por *Giardia intestinalis* mediante prueba de ELISA. **Conclusiones:** Ante un diagnóstico de diarrea crónica, el abordaje ordenado, partiendo de la historia clínica exhaustiva y la exploración clínica completa y la identificación de inicio de las etiologías más frecuentes habitualmente permite llegar al diagnóstico correcto.

Palabras clave: Diarrea crónica, *Giardia intestinalis*.

Summary

Background: Chronic diarrhea is defined by the increase in the number of loose or liquid stools, more than three times a day for a period longer than four weeks. It is always a diagnostic challenge. **Clinical case:** 28-year-old male patient native of Hiroshima, Japan; bachelor, international business consultant; eating habits altered because of frequent trips between Asian, European and Latin-American countries. With a condition of four months' evolution, identified by an increased number of greenish liquid stools (5-9/day) in Bristol scale, accompanied by mild to moderate pain colicky on epigastric, mesogastric and right hemiabdomen; a weight loss of two kilograms; multi-treated. He had to be hospitalized for chronic diarrhea in study, establishing the diagnosis of *Giardia intestinalis* infestation confirmed by ELISA test. **Conclusions:** With a diagnosis of chronic diarrhea, orderly approach, based on a detailed medical history and an accurate physical examination, the initial identification of the most common causes usually enables the physician to establish the right diagnosis.

Key words: Chronic diarrhea, *Giardia intestinalis*.

INTRODUCCIÓN

La globalización y la creación de negocios internacionales implica que los médicos nos enfrentemos con mayor frecuencia a pacientes de origen extranjero, refiriéndonos no a las personas de habla inglesa -situación regularmente habitual- sino a las de origen asiático, a personas que en su calidad de viajeros frecuentes por múltiples países acuden a solicitar nuestros servicios en búsqueda de una solución a la sintomatología que presentan, siendo mayor problema cuando dichos pacientes han recibido múltiples tratamientos, ya que han visitado al menos dos médicos en cada país, en el que por la naturaleza de su trabajo, permanecen poco tiempo (no más de dos semanas). En la presente comunicación nos permitimos externar la experiencia de un caso de esta índole.

* Médico Internista adscrito al Servicio de Medicina Interna.

† Cirujano General adscrito al Servicio de Cirugía General.

§ Anatomopatólogo, Jefe del Servicio de Anatomopatología.

^{||} Médico Interno de pregrado.

Hospital Ángeles León.

Correspondencia:

Dr. Gregorio Arellano-Aguilar

Correo electrónico: gregareag@gmail.com

Aceptado: 21-05-2015.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 28 años de edad, originario de Hiroshima, Japón; soltero, asesor internacional de negocios. Refiere alcoholismo de 1 botella de whisky semanalmente, tabaquismo positivo 30-40 cigarrillos/día; hábitos alimentarios alterados por viajes muy frecuentes entre países como Japón, Tailandia, Singapur, Alemania, Estados Unidos, Colombia, Perú, Brasil y México, permaneciendo un máximo de 12 días por país, reanudando nuevamente el recorrido, sin antecedentes alérgicos, quirúrgicos, transfusionales ni traumáticos. Su padecimiento actual tiene una evolución de 4 meses, se caracteriza por aumento en el número de evacuaciones (5 a 9/día), de consistencia líquida a semilíquida en escala de Bristol, verdosas, pudiendo ser discretas o abundantes, acompañadas de meteorismo y borborigmos, generalmente postprandiales, incrementándose con estrés, sin moco ni sangre, ni tenesmo; acompañadas de dolor leve a moderado tipo cólico en epigastrio, mesogastrio, hipocostado, flanco y fosa iliaca derechas, que se incrementan discretamente con la ingesta de alimentos y mejora con la defecación. Durante su evolución ha perdido dos kilos de peso. Relata que ha recibido múltiples tratamientos, desde acupuntura en su país de origen, como tratamientos herbolarios ocasionales y manejo farmacológico por múltiples facultativos, sin poder especificar los fármacos utilizados. Por interrogatorio dirigido se descarta consumo de sustitutos de azúcar, incremento de las evacuaciones por ingesta de productos lácteos o derivados del trigo, así como sexo oral-anal o de tipo homosexual. Fue hospitalizado en Tokio por 8 días, se le realizaron múltiples exámenes de laboratorio y panendoscopia, así como tomografía de abdomen (no contamos con resultados), se le prescribió salicilamina y antieméticos. Reporta mejoría de 4 a 5 días para volver a presentar sintomatología mencionada, por lo que abandona tratamientos. En la exploración física: individuo de edad conforme a la real, con signos vitales: FC de 80X'; F:R 16X'; TA 120/80; temperatura de 36.7°; peso de 70 K; talla 170 cm; IMC 24.2; cráneo, cara, cuello y tórax normales; abdomen moderadamente distendido, blando, con dolor discreto en epigastrio y mesogastrio a la palpación profunda, signos de Murphy y Blumberg negativos; no adenomegalias ni visceromegalias, timpanismo en marco cólico; peristalsis aumentada en intensidad y frecuencia primordialmente en mesogastrio, tacto rectal con tono adecuado de esfínter anal, sin crecimiento prostático; piel, articulaciones, examen clínico muscular y examen neurológico normales y mucosas bien hidratadas.

Con la sintomatología mencionada y con diagnóstico de diarrea crónica en estudio se hospitaliza, aplicando a su

ingreso, los siguientes paraclínicos: citometría hemática mostró: hemoglobina 14.8 g/dL; hematocrito 40.3%; volumen globular medio 98 fL; concentración media de hemoglobina 30 pg; ancho de distribución eritrocitaria 12.9%; leucocitos $8.9 \times 10^3/\text{mL}$; polimorfonucleares 50.4%; linfocitos 31.9%; monocitos 3.2%; eosinófilos 14%; basófilos 0.5%; plaquetas 320,000. La química sanguínea: glucosa 84 mg/dL; BUN 11.2 mg/dL; creatinina 0.65 mg/dL; sodio 136 mg/dL; potasio 3.8 mg/dL; cloro 105 mg/dL; calcio 9.13 mg/dL; fósforo 3.96 mg/dL; triglicéridos 162 mg/dL; colesterol 114 mg/dL; HDL 26.8 mg/dL; LDL 76 mg/dL; proteínas 6.13 g/dL; albúmina 4.7 g/dL; globulinas 2.6 g/dL; bilirrubina total 1.13 mg/dL; alanino-aminotransferasa 20 U/L; aspartato-aminotransferasa 24 U/L; fosfatasa alcalina 86 U/L; deshidrogenasa láctica 201 U/L; lipasa 15 U/L; examen general de orina normal; detección de VIH negativa; coproparascópico en serie de 5 reportando *Blastocystis hominis*; virus en heces, coprocultivo y reacciones febriles y lactoferrina fecal negativa; calprotectina de 30 $\mu\text{g/g}$. Es sometido a colonoscopia y toma de biopsias de colon e íleon terminal con los siguientes resultados: en íleon terminal se observa ileitis crónica con hiperplasia nodular linfocítica severa, edema de la lámina propia y cambios epiteliales de tipo reactivo inflamatorios y recuento de 18-22 eosinófilos (Figuras 1 y 2); las biopsias de colon muestran: colitis crónica moderada inespecífica sin actividad, con conteo de 34 eosinófilos, observando hemorragia en lámina propia, edema moderado de submucosa y cambios inflamatorios glandulares; al mismo tiempo se efectúa prueba de ELISA para antígeno de *Giardia intestinalis* con resultados positivos, lo que confirmó el diagnóstico de infestación por *Giardia intestinalis*. Se prescribe tinidazol con



Figura 1. Microfotografía de biopsia de íleon (10x) que muestra: mucosa epitelial íntegra, disminución de las células caliciformes, infiltrado linfocítico y eosinofílico intenso.

Imagen en color en:

www.medigraphic.com/actamedica

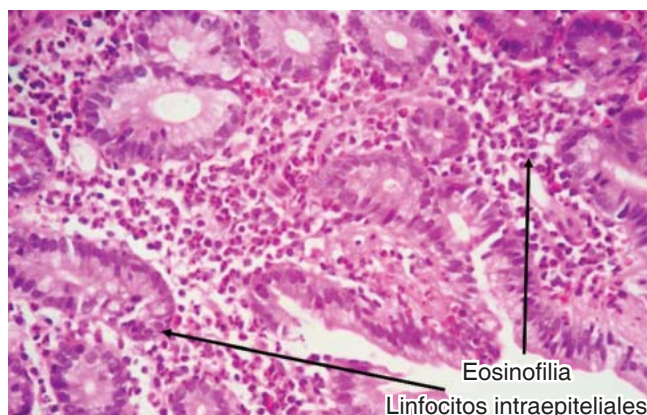


Figura 2. Microfotografía de biopsia de íleon (40x) en la que se observa infiltrado eosinofílico intenso en lámina propia y linfocitos intraepiteliales, disminución de células caliciformes y atrofia de las microvellosidades del borde en cepillo.

Imagen en color en:

www.medigraphic.com/actamedica

respuesta favorable; en revisión a los 3 meses el paciente se encontró asintomático, comentando que las evacuaciones pasaron a ser de características normales 10 días después de iniciado el tratamiento.

DISCUSIÓN

La diarrea crónica se define como el aumento en la cantidad de evacuaciones en más de tres veces por día y/o disminución de la consistencia de las heces, por un periodo mayor a 4 semanas. Representa siempre un reto diagnóstico en el paciente, motivo de esta comunicación, se presentaron las siguientes particularidades: a) estancias frecuentes en países asiáticos como latinoamericanos; b) la ausencia de los resultados de laboratorio, de gabinetes y de estudio de endoscopias efectuadas en su país natal; c) el abandono de tratamientos (salicilamina y antiamibianos) por no encontrar resultados; d) la carga de estrés emocional en este tipo de profesionistas; y e) la relativa corta estancia del paciente en el país por la índole de su trabajo.

La historia clínica y la exploración en el paciente orientaron a diarrea del viajero, no obstante ésta es habitualmente aguda, siendo la causa principal de origen bacteriano, la cual fue descartada por el coprocultivo y reacciones febriles negativas; la presencia en este paciente de *Blastocystis hominis* que es el eucarionte unicelular intestinal reportado con mayor frecuencia en estudios de heces fecales, es un endosimbionte anaeróbico polimorfo de colon y ciego, con distribución cosmopolita y cuya prevalencia oscila entre 30 y 60% en varios países en desarrollo; se le ha relacionado con el síndrome de intestino irritable, pero

hacen falta estudios clínicos con evidencia de la relación entre ambos, por lo que se consideró no ser el causante del cuadro del paciente. Otra posibilidad diagnóstica, especialmente en este caso, tanto por su frecuencia a nivel mundial, es la infestación por *Giardia intestinalis*,¹ siendo el parásito intestinal más frecuentemente aislado a nivel mundial, diagnóstico apoyado por la presencia de eosinofilia moderada,² con el inconveniente de que el coproparasitoscópico resultó negativo en las 5 muestras realizadas en este caso, al respecto debe recordarse que la eliminación de quistes de *Giardia intestinalis* de individuos infectados no es constante, pudiendo ser negativa durante varios días, siendo la determinación del antígeno en heces³ la manera de confirmar el diagnóstico, pues tiene sensibilidad de 88.6% y especificidad de 100% como en el paciente estudiado. Otras posibilidades diagnósticas por la presencia de eosinofilia son la alergia a alimentos y la gastroenteritis eosinofílica. Por otra parte, el dato de prescripción de salicilamina por los médicos en Japón orientaron a descartar enfermedad inflamatoria intestinal como la colitis ulcerativa crónica inespecífica y la enfermedad de Crohn; sin embargo la lactoferrina resultó negativa y la calprotectina se encontró en niveles muy bajos, considerándose negativa, lo que habla de enfermedad inflamatoria intestinal inespecífica. Con respecto a la lactoferrina se ha demostrado que su elevación resulta protectora contra la infestación por *Giardia intestinalis*, pues su péptido N terminal se fija a péptidos superficiales del trofozoito de la *Giardia*.¹ La presencia de niveles bajos de colesterol en sangre del paciente sugieren la posibilidad de mala absorción de grasas como la enfermedad celiaca, sin embargo el paciente no presentó las características propias de las heces en dicha patología, lo que obliga a pensar en otro mecanismo de la disminución de absorción de grasa por los niveles bajos de colesterol; al respecto, la giardiasis⁴ puede llegar a manifestarse como esteatorrea, incluyendo atrofia de vellosidades intestinales, hiperplasia de criptas e infiltración de linfocitos, también se asocia a producción de enzima ornitina descarboxilasa⁵ que interfiere con la proliferación celular, además de disminuir la actividad de disacaridasas que explica en parte las evacuaciones diarreicas presentes en este caso, produciendo desconjugación de sales biliares con disminución de absorción de grasas reflejadas en disminución en las cifras de colesterol de este paciente; se ha reportado la disminución de absorción de vitamina B12 con la consecuente presencia de megaloblastos, (no presente en este caso). Para que estos mecanismos se presenten es necesaria la inserción del trofozoito de *Giardia intestinalis* a los enterocitos⁶ y la colonización del intestino delgado se considera un prerrequisito para que el parásito induzca la disfunción del enterocito y se manifieste clínicamente,² situación demostrada con las

biopsias de intestino delgado. Respecto al tratamiento de la giardiasis, el manejo habitual es con 5-nitroimidazoles solos o en combinación con quinacrina;^{7,8} sin embargo, se han reportado fallas en el tratamiento por resistencia a dichos fármacos.⁹ Actualmente se utiliza la nitazoxanida.¹⁰ Aparte del manejo farmacológico, es indispensable modificar los hábitos de higiene, insistiendo en el lavado de manos y la ingesta de líquidos (principalmente agua) embotellados, independientemente del país al que se viaje.

CONCLUSIONES

Ante un cuadro de diarrea crónica, al existir múltiples posibilidades diagnósticas se debe:

1. Ser exhaustivo en el interrogatorio.
2. La exploración clínica debe ser completa y no sólo de abdomen.
3. Iniciar con la identificación de las etiologías más frecuentes.
4. Cuando la clínica orienta hacia una etiología determinada, ante la negatividad de las pruebas habituales de laboratorio, aplicar pruebas más específicas con un abordaje ordenado.

REFERENCIAS

1. Daly ER, Roy SJ, Blaney DD et al. Outbreak of giardiasis associated with a community drinking-water source. *Epidemiol Infect.* 2010; 138: 491-500.
2. Penrose AS, Wells EV, Aiello AE. Infectious causation of chronic disease: examining the relationship between *Giardia lamblia* infection and irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol.* 2007; 13: 4574-4578.
3. Strand EA, Robertson LJ, Hanevik K, Alvsvag JO, Morch K, Langeland N. Sensitivity of a *Giardia* antigen test in persistent giardiasis following an extensive outbreak. *Clin Microbiol Infect.* 2008; 14: 1069-1071.
4. Hanevik K, Dizdar V, Langeland N, Hausken T. Development of functional gastrointestinal disorders after *Giardia lamblia* infection. *BMC Gastroenterol.* 2009; 9: 27-28.
5. Cacciò SM, Ryan U. Molecular epidemiology of giardiasis. *Mol Biochem Parasitol.* 2008; 160: 75-80.
6. Buret AG. Mechanisms of epithelial dysfunction in giardiasis. *Cut.* 2007; 56: 316-317.
7. Kiser JD, Paulson CP, Brown C. Clinical inquiries. What's the most effective treatment for giardiasis? *J Fam Pract.* 2008; 57: 270-272.
8. Escobedo AA, Cimerman S. Giardiasis: a pharmacotherapy review. *Expert Opin Pharmacother.* 2007; 8:1885-1902.
9. Lalle M. Giardiasis in the post genomic era: treatment, drug resistance and novel therapeutic perspectives. *Infect Disord Drug Targets.* 2010;10: 283-294.
10. Escobedo AA, Hanevik K, Almirall P, Cimerman S, Alfonso M. Management of chronic *Giardia* infection. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2014; 12: 1143-1157.