

# Diarrea crónica: algoritmo de abordaje diagnóstico

Ome Zitlalli Pérez-Gutiérrez\*

## RESUMEN

En el presente algoritmo se analiza la evaluación diagnóstica de la diarrea crónica.

Palabras clave. Evaluación diagnóstica, diarrea crónica.

## ABSTRACT

This algorithm analyzes the diagnostic evaluation of chronic diarrhea.

Key words. Chronic diarrhea, diagnostic evaluation.

## DIARREA CRÓNICA

### Algoritmo 1

Diarrea crónica se define como el aumento en la cantidad de las evacuaciones mayor a 200 g al día o más de tres veces al día por un periodo mayor a cuatro semanas, descartando incontinencia fecal.<sup>1</sup>

El abordaje de la diarrea crónica debe de iniciarse desde el interrogatorio. Ciertas características clínicas van a sugerir algunos diagnósticos etiológicos. Es necesario interrogar al paciente sobre las características de las evacuaciones: si son líquidas, pastosas o con sangre; si contienen grasa o lientería; el volumen. Si existe dolor abdominal, si se presenta en ayuno o postprandial o si se acompaña de otros síntomas y signos como fiebre, lesiones en la piel o artralgias, así como prácticas sexuales de riesgo. También es importante interrogar al paciente de forma dirigida hacia la ingesta de medicamentos o bebidas con sustitutos de azúcar, ingesta de lácteos o derivados del trigo, viajes recientes y las comorbilidades que presenta.

Siempre es importante considerar el síndrome de intestino irritable como causa de diarrea crónica, teniendo en cuenta los criterios de Roma III, al descartar un origen orgánico y el estado nutricional del paciente, ya que en este tipo de padecimiento no se encuentran datos de desnutrición ni de deshidratación.

La exploración física aporta principalmente datos del estado nutricional del paciente, así como su estado de hidratación y otros datos que orienten hacia el origen de la diarrea. Las lesiones en la piel (dermatitis herpetiforme, urticaria pigmentosa, eritema *migrans* necrotizante o pioderma gangrenoso) apoyan en la etiología de la diarrea (enfermedad célica, glucagonoma, mastocitosis, EII). Es necesario realizar la búsqueda intencionada de adenomegalias, hepatomegalia, masas abdominales, úlceras orales, glositis, ruborización, hiperhidrosis, temblor fino, edema de extremidades o párpados para descartar otras etiologías como enfermedad tiroidea, enteropatías perdedoras de proteínas, tuberculosis abdominal, SIDA, vipomas, entre otras.

La exploración de la región anorrectal elimina la posibilidad de que el paciente tenga incontinencia fecal y no diarrea crónica (Figura 1).

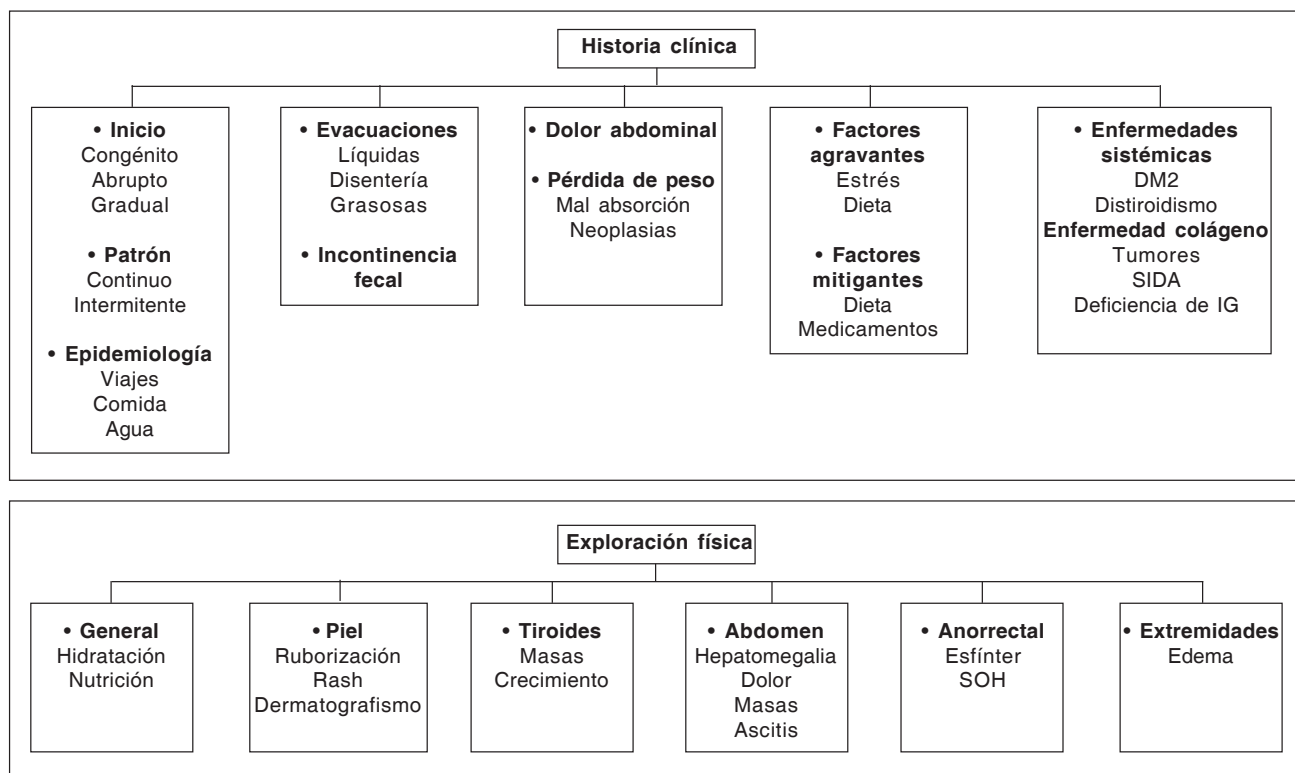
\* Clínica de Enfermedades Digestivas y Obesidad. Fundación Clínica Médica Sur.

#### Correspondencia:

Ome Zitlalli Pérez-Gutiérrez

Puente de Piedra, Núm. 150, Col. Toriello Guerra, Tlalpan, México, D.F. Tel.: 5424-7200, Ext. 6892.

Correo electrónico: omezperez@gmail.com



**Figura 1.** Semiología de la diarrea crónica

## Algoritmo 2

Posterior a la realización de la historia clínica el espectro de etiologías se reduce, por lo que los estudios complementarios tienen que dirigirse hacia los diagnósticos presuncionales.

Iniciar con estudios de laboratorio generales es adecuado: biometría hemática (macrocitosis o microcitosis), albúmina y prealbúmina (estado nutricional), química sanguínea (niveles de glucosa), electrolitos séricos (hipercalcemia, desequilibrio hidroelectrolítico), pruebas de función tiroidea (distiroidismo) o estudios séricos especiales inclinados en las sospechas diagnósticas (beta-carotenos, D-xilosa, péptido intestinal vasoactivo, prueba de Schilling, anticuerpos como antitransglutaminasa y p-ANCA).<sup>2</sup>

Es importante el estudio de las heces fecales para caracterizar el tipo de diarrea. Se tiene que pesar y cuantificar la cantidad de grasa (> 7 g en 24 h, anormal), presencia de restos alimenticios, pH (< 6, mal absorción de carbohidratos), lactoferrina fecal, presencia de leucocitos o de sangre (origen inflamatorio); tamizaje de algunos

laxantes como causa de diarrea facticia, así como la medición de electrolitos fecales para la determinación de la brecha aniónica (si es < 50 mosm/kg es diarrea secretora)<sup>3</sup> y la búsqueda de microorganismos (parásitos).<sup>4</sup>

Los estudios de gabinete complementan el estudio de las heces fecales y los laboratorios. El tránsito intestinal puede mostrar floculación del medio de contraste, que únicamente indica mal absorción intestinal sin determinar la etiología o proporciona datos acerca de alguna tumoración intraluminal.<sup>5</sup> El estudio endoscópico del tracto digestivo alto y bajo proporciona mucha información. Se puede realizar aspirado duodenal o yeyunal para la búsqueda de sobrecrecimiento bacteriano, además de biopsia (búsqueda de enfermedad celiaca, enfermedad de Whipple, tuberculosis, linfoma, amiloidosis, enfermedad inflamatoria intestinal, colitis microscópicas, gastroenteritis eosinofílicas) que confirmará diversas sospechas diagnósticas.<sup>6</sup> Estudios como la tomografía computada y la resonancia magnética informan sobre tumoraciones (gastriomas, glucagonomas, vipomas), fístulas (enfermedad de Crohn), ganglios (SIDA, tuberculosis) que pueden ser causantes de la diarrea en estudio (Figura 2).

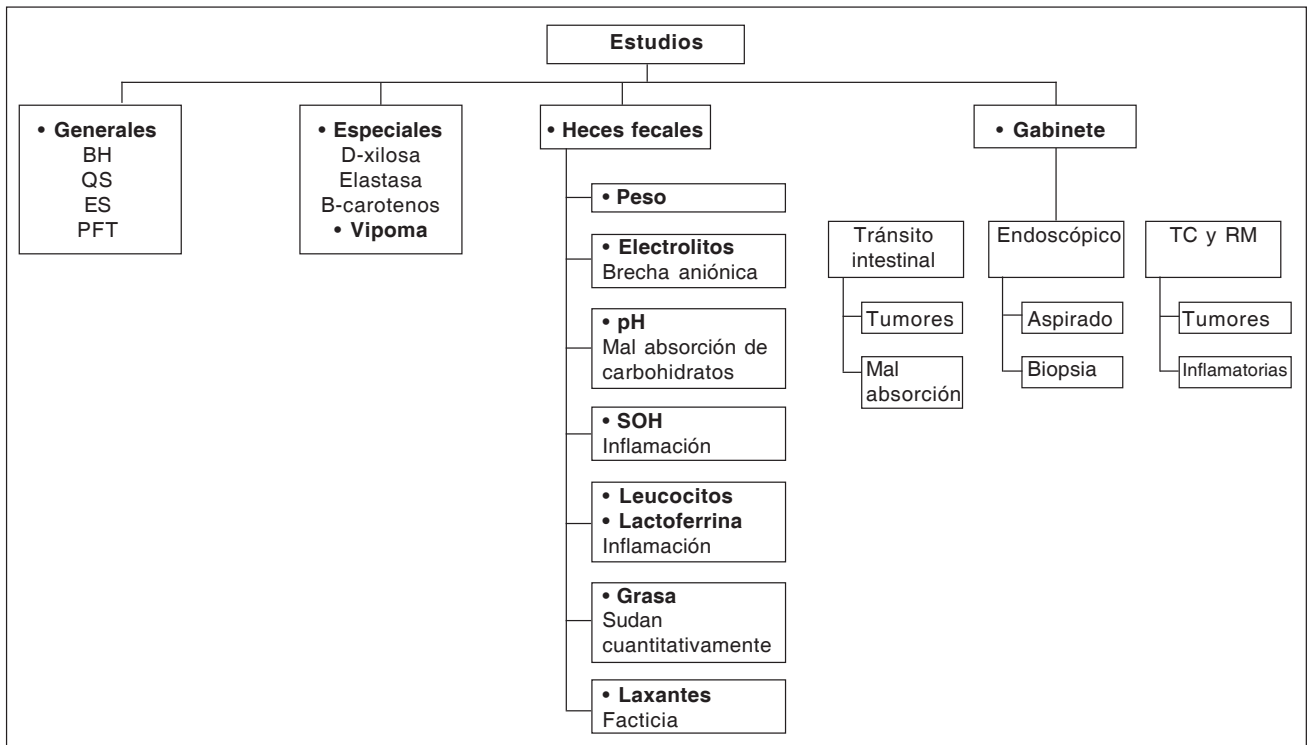


Figura 2. Estudios diagnósticos útiles en la diarrea crónica.

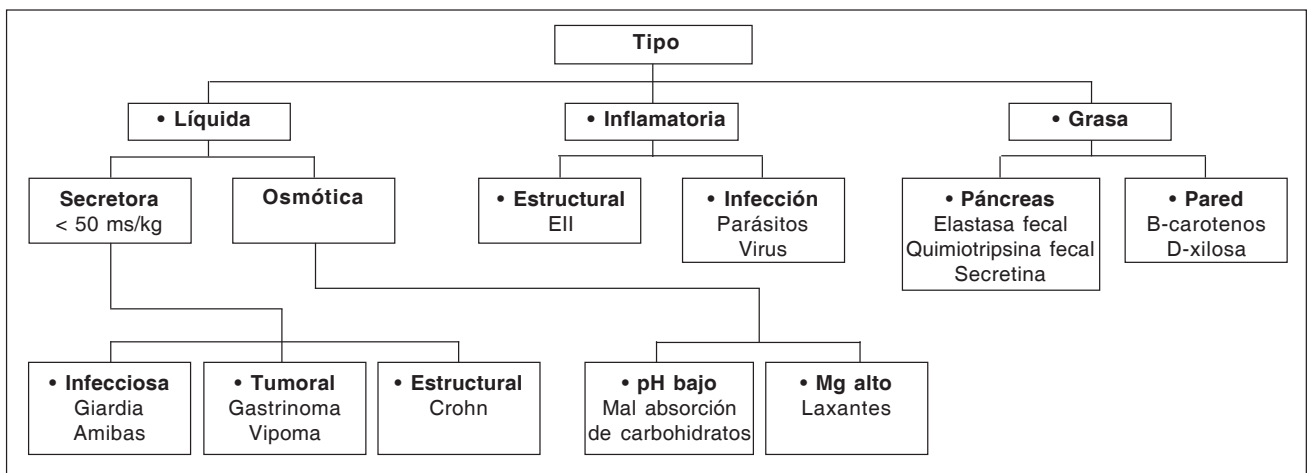


Figura 3. Posibles causas de diarrea crónica de acuerdo con el análisis de las heces.

### Algoritmo 3

La diarrea crónica se puede dividir en tres tipos: líquida, grasa o inflamatoria. La diarrea líquida se manifiesta en forma osmótica o secretora, diferenciándola en esen-

cia por la brecha aniónica. La diarrea secretora se presenta aun en ayuno y se busca una de las tres principales causas: infecciones, tumores que causen diarrea secretora (como los vipomas) y trastornos de la pared gastrointestinal como la enfermedad de Crohn y la mal absorción

de ácidos biliares. En la diarrea osmótica se va a encontrar una brecha aniónica mayor a 290 mosm/kg. Ante un pH fecal  $< 6$  se habla de mal absorción de carbohidratos, y con una alta prevalencia de mal absorción de lactosa en nuestra población es importante tenerla presente, así como los laxantes osmóticos.

Cuando en las heces fecales se encuentran leucocitos elevados, lactoferrina fecal<sup>7</sup> o sangre, se tiene una diarrea inflamatoria. Las principales causas que hay que buscar son las infecciosas (las cuales son más comunes en nuestro medio) y la enfermedad inflamatoria intestinal (principalmente colitis ulcerativa crónica idiopática).

Si la diarrea es grasa, puede tener dos orígenes: deficiencia pancreática o de la pared intestinal. Para diferenciar entre estas dos etiologías, el estudio de la D-xilosa puede ayudar a determinarla, ya que se absorbe en la pared de forma pasiva y no necesita de enzimas o transportadores. La elastasa fecal (estudio de elección en sospecha de insuficiencia pancreática exógena)<sup>8</sup> y la quimiotripsina fecal hablan de la función pancreática y son útiles en el diagnóstico; sin embargo, tienen una baja sensibilidad en etapas tempranas de insuficiencia pancreática. Estudios más invasivos como la intubación duodenal con

estimulación con secretina no se recomiendan de rutina<sup>4</sup> (Figura 3).

#### REFERENCIAS

1. Fine KD, Schiller LR. AGA technical review on the evaluation and management of chronic diarrhea. *Gastroenterology* 1999; 116(6): 1464-86.
2. Remes-Troche JM, Sagols-Mendez GA, Trujeque-Franco MA. Clinical guidelines for diagnosis and treatment of chronic diarrhea. Approach of the patient with chronic diarrhea and special situations. *Revista de Gastroenterología de México* 2010; 75(2): 231-6.
3. Eherer AJ, Fordtran JS. Fecal osmotic gap and pH in experimental diarrhea of various causes. *Gastroenterology* 1992; 103(2): 545-51.
4. Thomas, et al. Guidelines for the investigation of chronic diarrhoea. 2nd. Ed. *Gut* 2003; 52(Suppl. 5): v1-v15.
5. Nolan DJ, Traill ZC. The current role of the barium examination of the small intestine. *Clinical Radiology* 1997; 52(11): 809-20.
6. Fine KD, Seidel RH, Do K. The prevalence, anatomic distribution, and diagnosis of colonic causes of chronic diarrhea. *Gastrointestinal endoscopy* 2000; 51(3): 318-26.
7. Sidhu R, et al. Faecal lactoferrin: a novel test to differentiate between the irritable and inflamed bowel? *Alimentary pharmacology & therapeutics* 2010; 31(12): 1365-70.
8. Leeds JS, Oppong K, Sanders DS. The role of fecal elastase-1 in detecting exocrine pancreatic disease. *Nature reviews. Gastroenterology & hepatology* 2011; 8(7): 405-15.