

# Acercamiento al diagnóstico de la diarrea crónica

<sup>1</sup>Martín Muñoz MC, <sup>2</sup>López García EG, <sup>3</sup>Alonso Moralejo R, <sup>4</sup>Cortés Troyano EM, <sup>1</sup>Sánchez de la Ventana MA

<sup>1</sup>Centro de Salud Sierra de Guadarrama. Collado Villalba (Madrid)

<sup>2</sup>Centro de Salud Lucero. Madrid

<sup>3</sup>Centro de Salud Las Rozas El Abajón. Las Rozas (Madrid)

<sup>4</sup>Centro de Salud Monterrozas. Las Rozas (Madrid)

La diarrea crónica es un trastorno caracterizado por la persistencia durante un periodo superior a cuatro semanas del número de las deposiciones (tres o más diarias), de la disminución de la consistencia de las heces y un aumento del peso diario de éstas (mayor de 200 gramos).

La diarrea puede estar producida por los siguientes mecanismos:

- Diarrea osmótica: los solutos no absorbidos elevan la presión oncótica intraluminal y aumentan la cantidad del agua; mejora con el ayuno.
- Diarrea secretora: con ella se excretan iones, lo que conlleva la pérdida de agua; las heces son ricas en sodio y potasio.
- Diarrea exudativa: se produce inflamación y necrosis de la pared del colon; suele ir asociada a pérdida de sangre y mucosidad.
- Diarrea por alteración de la motilidad: producida por alteración de la coordinación de la motilidad del intestino; se suelen alternar periodos de diarrea y estreñimiento.
- Diarrea por disminución de la superficie de absorción: se debe a que la superficie para la absorción de hidratos de carbono y grasas es insuficiente.
- Facticia: autoinducida.

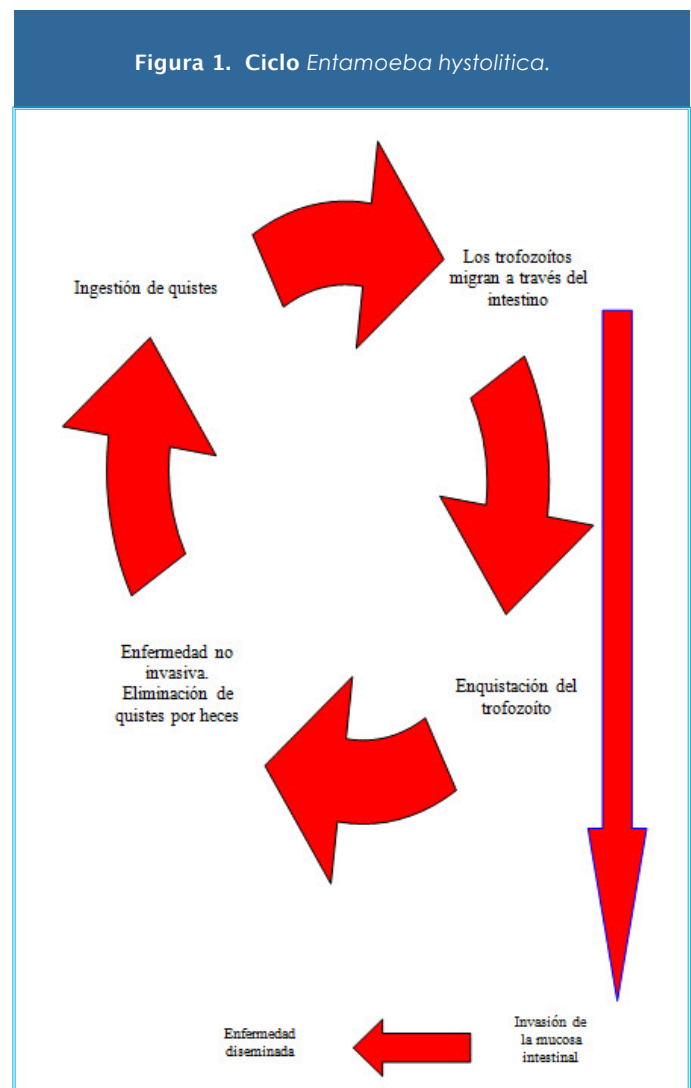
Puesto que la diarrea puede aparecer en multitud de patologías, es muy importante realizar un diagnóstico diferencial exhaustivo. Para ello es necesario:

- Anamnesis: antecedentes personales (edad, patologías previas, medicamentos, dieta, situación social, cirugías, inmunodeficiencia...), antecedentes familiares (neoplasias en la familia, síndrome de intestino irritable...) historia de la enfermedad actual (características de la heces, viajes al extranjero, ingestión de agua no potabilizada, comienzo,

tiempo de evolución, sintomatología asociada).

- Exploración física: estado de hidratación y nutrición, pérdida de peso, fiebre, náuseas o vómitos, presencia de hepato o esplenomegalia, presencia de masas abdominales, adenopatías asociadas, hipotensión, taquicardia, artritis, lesiones cutáneas, distensión abdominal, tacto rectal (evidencia tono esfinteriano, presencia de fecaloma o masas).

Figura 1. Ciclo *Entamoeba histolytica*.



- Exámenes complementarios: analítica con bioquímica básica y velocidad de sedimentación (VSG),

hemograma, anticuerpos antiendomisio y anti-transglutaminasa, hormonas tiroideas, serología VIH, estudio de heces tanto macroscópico como microscópico (coprocultivo, estudio de parásitos, prueba de Graham, sangre oculta en heces); otros estudios en función de la orientación diagnóstica (colonoscopia, estudios de malabsorción, ecografía...)(tabla 1).

rectal, mediante el que se evidencian hemorroides externas; no se palpan masas y el tono esfinteriano está algo disminuido.

A la vista de la clínica se solicita hemograma que es normal; VSG, hormonas tiroideas y función renal y hepática normales. En el estudio de heces se encuentra *Entamoeba histolytica*.

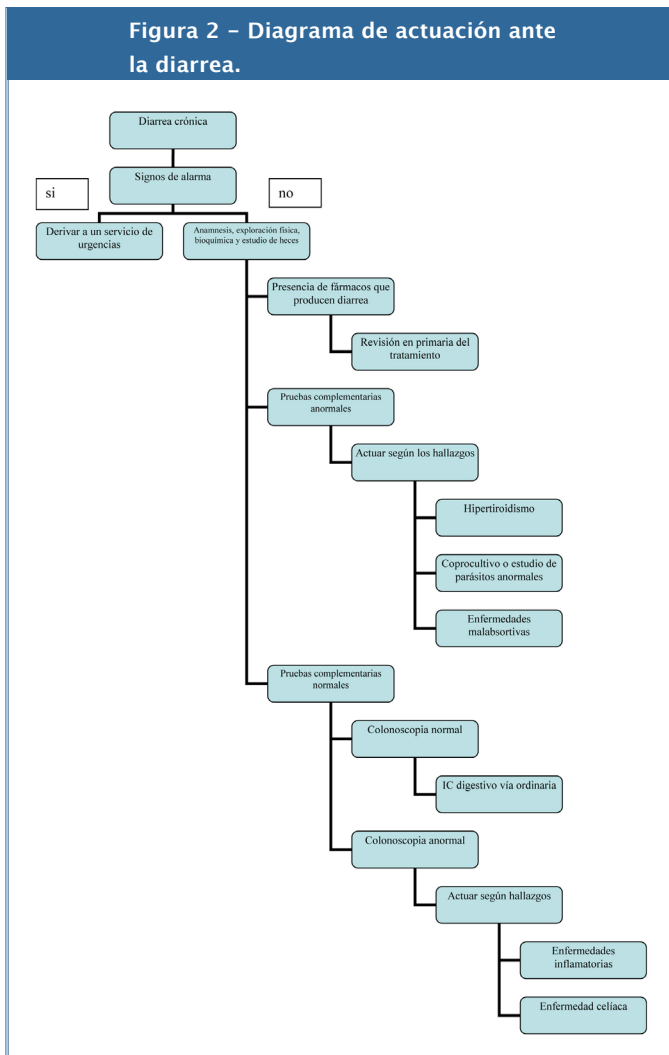
Debido al hallazgo clínico se reinterroga al paciente. Al hacer anamnesis más dirigida refiere prácticas homosexuales oro-anales. Se realiza ecografía abdominal que no demuestra la presencia de abscesos.

Se trata con metronidazol (500 mg cada 12 horas durante 10 días). Tras el tratamiento las diarreas han desaparecido, el paciente se encuentra asintomático y no precisa otro tratamiento. Cuatro semanas después se repite el estudio de parásitos y en esta ocasión la prueba es normal.

## COMENTARIO

La *Entamoeba histolytica* es un protozoo causante de la amebiasis o disentería, enfermedad más frecuente en países subdesarrollados, por lo que es posible hallarla en inmigrantes y viajeros. Es la tercera causa de muerte por parásitos en el mundo.

**Figura 2 - Diagrama de actuación ante la diarrea.**



## CASO CLÍNICO

Varón de 40 años, casado, sin ningún antecedente de interés, presenta un cuadro de 6 semanas de alternancia de periodos de diarrea y estreñimiento, con presencia de sangre en las heces, flatulencia, pesadez postprandial, dolor abdominal difuso y pérdida de 2 Kg. No refiere artralgias, no ha viajado al extranjero, no ha consumido agua no potable, no convive con ningún animal.

En la exploración física se observa un buen estado de hidratación y nutrición. En el abdomen no se palpan masas ni megalias, no hay dolor con la palpación profunda ni signos de irritación peritoneal. La auscultación cardiopulmonar es normal. Presión arterial 130/70 mmHg. Se realiza tacto

Tipo de diarrea	
Osmótica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Déficit de disacaridasas</li> <li>Insuficiencia pancreática</li> <li>Sobrecrecimiento bacteriano</li> <li>Abuso de laxantes</li> <li>Esprúe celiaco y tropical</li> <li>Ingestión de lactulosa</li> </ul>
Secretora	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infecciones virales</li> <li>Infecciones bacterianas</li> <li>Infestación por protozoos</li> <li>Fármacos</li> <li>Tumores productores de VIP</li> <li>Tumores carcinoides</li> </ul>
Exudativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infecciones bacterianas</li> <li>Parásitos</li> <li>Enfermedad inflamatoria intestinal</li> </ul>
Alteración de la motilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diabetes mellitus</li> <li>Alteraciones tiroideas</li> <li>Amiloidosis</li> <li>Antibióticos</li> <li>Enfermedad de Parkinson</li> <li>Neuropatías</li> <li>Síndrome de intestino irritable</li> </ul>
Disminución de la absorción	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resecciones o reparaciones intestinales</li> </ul>
Facticia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Provocada (abuso de laxantes)</li> </ul>

La enfermedad está producida por la ingestión de quistes, que liberan trofozoitos y posteriormente

necrosan la pared del intestino grueso.

Se transmiten por ingerir agua o alimentos contaminados, o directamente a través de manos contaminadas, prácticas sexuales oro-anales...

En 90% de las ocasiones la enfermedad es asintomática. Cuando produce clínica lo más frecuente es el dolor abdominal difuso, la diarrea con sangre y moco, la fiebre, la flatulencia y la pérdida de peso; mucho más raras son las complicaciones como el megacolon tóxico.

La manifestación extraintestinal más frecuente es el absceso hepático, cuya diseminación es posible por el sistema porta; otras diseminaciones más raras son los abscesos pulmonares o cerebrales.

El tratamiento de elección es yodoquinol (650 mg tres veces al día durante 20 días) o paramomicina (500 mg tres veces al día durante diez días). Éstos actúan sobre la luz intestinal. Para cuadros moderados o graves se emplean amebicidas tisulares como metronidazol (500-750 mg cada 12 horas durante 7-10 días).

Tras el tratamiento es importante comprobar la erradicación un mes después.

## CONCLUSIÓN

Para la práctica diaria de la atención primaria es muy importante una anamnesis exhaustiva, de forma que se oriente el diagnóstico y no se realicen pruebas innecesarias. En este caso clínico cobra mucha importancia el interrogatorio sobre las características de las heces, que ya puede hacer pensar en un origen infeccioso.

## BIBLIOGRAFÍA

- Fauci A, Braunwald E, Isselbacher K, et al. Harrison. Principios de Medicina Interna". 14ª edición. Madrid: McGraw-Hill Interamericana 1998;1342:1347-51.
- Leventhal R, Chedle R. Parasitología Medica. 3ª edición. México: McGraw-Hill Interamericana 1992;77-80;147-149;163;159.
- Ferrándiz Santos J, Díaz Tasende J. Abordaje al diagnóstico de la diarrea crónica. FMC 2007;14:13-25.
- Barajas Gutiérrez MA, Herrea Municipio P. Patología digestiva. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 5ª edición. Madrid: Elsevier 2003;vol II:1353.