

Diarrea Crónica en Adultos: Claves para el enfrentamiento inicial

Autor: Dra. María Francisca Morales S, Residente Medicina Familiar PUC

Editor: Dra. Isabel Mora M. Médico Familiar Adulto, Docente Departamento Medicina Familiar PUC

Resumen de portada:

La diarrea crónica se define como la presencia de deposiciones blandas por un periodo mayor a 30 días. Su estudio diagnóstico puede ser difícil dado la diversidad de etiologías que la causan. En este artículo revisaremos cómo realizar un enfoque estructurado para lograr un adecuado diagnóstico.

Palabras Claves: Diarrea Crónica, APS, Medicina Familiar

Diarrea Crónica en Adultos: Claves para el enfrentamiento inicial

Autor: Dra. María Francisca Morales S, Residente Medicina Familiar PUC

Editor: Dra. Isabel Mora M. Médico Familiar Adulto, Docente Departamento Medicina Familiar PUC

10 de Septiembre de 2019

La diarrea crónica se define como la presencia de deposiciones blandas de escala Bristol mayor o igual a 5 por un periodo mayor o igual a 4 semanas. Generalmente se acompaña de un aumento de frecuencia de deposiciones mayor a 3 veces por día. Se debe diferenciar de la *pseudodiarrea* que corresponde a la eliminación de deposiciones blandas secundario a una patología ano rectal como proctitis actínica o fecaloma, y de la *incontinencia fecal* que se define como la evacuación involuntaria de contenido fecal.¹

Se describe una prevalencia de 4 a 5 % a nivel global¹ y su etiología abarca una amplia gama de enfermedades que van desde patologías funcionales hasta cuadros inflamatorios o neoplásicos. Dentro de las etiologías más prevalentes destacan las intolerancias alimentarias, específicamente la intolerancia a la lactosa, el síndrome de intestino irritable (SII) con una prevalencia nacional de 28%², la malabsorción de ácidos biliares presente en 10-40% de pacientes con SII tipo diarrea (SII-D)³, el sobrecrecimiento bacteriano presente en 23-45% de pacientes con SII-D³, y la enfermedad celiaca con una estimada prevalencia nacional de 0.76%⁴.

Dada la amplia gama de diagnósticos etiológicos, se recomienda el siguiente abordaje como estudio mínimo en estos pacientes. En primer lugar, se debe consultar acerca de antecedentes mórbidos dentro de los cuales tienen mayor relevancia los trastornos tiroideos por su relación con la motilidad del intestino; la diabetes tipo I y II, por asociación con enfermedad celiaca; trastornos neurológicos secundarios y sobrecrecimiento bacterianos, inmunodeficiencias, y cirugías previas, sobre todo el antecedente de colecistectomía o resecciones intestinales amplias o que afecten la válvula ileocecal.⁵

Además de los antecedentes, se debe detallar el uso de medicamentos, puesto que muchos de ellos pueden generar diarrea. Los que más frecuentemente reportan como efecto secundario diarrea son los Antibióticos de amplio espectro, los Anti Inflamatorios, los Inhibidores de Bomba de Protones, la Colchicina, la Metformina, los Hipolipemiantes y Antihipertensivos como IECA y ARA II.⁶

Por otro lado, es importante detectar si existen componentes de la dieta que el paciente asocie a los síntomas pues se describe que hasta un 67% de los trastornos funcionales diarreicos se correlacionan con intolerancias dietéticas³. Se puede utilizar el acrónimo FODMAP como recordatorio de componentes dietéticos que se asocian a diarrea incluso en intestinos sanos (Figura 1). Además, se debe recordar que la cafeína puede provocar polidefecación por estimulación de músculo liso.

Figura 1: Dietas Asociadas a Diarrea: FODMAP



En particular y dada la amplia prevalencia de esta condición, se sugiere detectar síntomas de diarrea, distensión o dolor asociados al consumo de lactosa. Si bien la sensibilidad y especificidad de los síntomas varían desde 30 - 71% y 25 - 87% respectivamente, los estudios disponibles (test genético, biopsia, test de hidrógeno espirado) miden distintas condiciones (riesgo a deficiencia de Lactasa, deficiencia de Lactasa, malabsorción de lactosa e intolerancia a lactosa) y por tanto su utilidad diagnóstica es variable. Más aún, los síntomas de intolerancia dependen de múltiples factores como la actividad de lactasa, la dosis de lactosa, el acompañamiento de comidas, la flora bacteriana, la sensibilidad intestinal y la motilidad intestinal. Por lo anterior, se recomienda el uso del test de hidrógeno espirado (por su capacidad de medir malabsorción y síntomas de intolerancia a lactosa simultáneamente) como estudio de elección. Por otro lado, si el paciente se realizará estudios endoscópicos se recomienda realizar estudios con biopsia y, en contexto de recursos limitados, se recomienda realizar pesquisa sintomática y prueba terapéutica suspendiendo el consumo de lactosa por 14 días. En caso de una prueba terapéutica exitosa, se recomienda indicar un consumo menor a 25 gr de lactosa diarios (250 ml de leche de vaca) pues esta cantidad ha probado no generar síntomas en la mayoría de los pacientes con malabsorción diagnosticada. ⁸

También en relación a componentes dietéticos, estudios muestran que pacientes con SII-D tienen un odds ratio de 10.9 de presentar enfermedad celiaca en comparación con pacientes sanos. ⁹ Sumado a lo anterior, en un análisis de costoefectividad se describe que el estudio de enfermedad celiaca se recomienda en casos de prevalencias mayores al 1% de la enfermedad ¹⁰. Considerando que la prevalencia de antitransglutaminasa positiva en Chile se acerca a esta cifra (0,75%)⁴, especialistas recomiendan el screening con antitransglutaminasa e IgA total a todo paciente con diarrea crónica.

Además de lo anterior, se recomienda descartar banderas rojas que orienten a una patología orgánica que requiera mayor estudio. Si bien no existen estudios recientes sobre la utilidad de signos de alarma en diarrea crónica, una cohorte prospectiva del año 2006 describe valores predictivos positivos (VPP) entre 7- 9 % de sangrado, síntomas nocturnos, baja de peso, uso de antibióticos, edad mayor a 50 y antecedentes familiares de cáncer como signos de alarma predictores de enfermedad orgánica (estos signos fueron los con mayor VPP, ninguno superando un VPP de 10)¹¹. Por lo anterior, las guías varían en cuanto a sus recomendaciones de banderas rojas que se listan en la tabla 1. ^{5,12,13}

Tabla 1: Banderas Rojas para Diarrea Crónica según Guías Internacionales ^{5,12,13}

Asociación Americana de Gastroenterología	Roma IV	Sociedad de Gastroenterología Británica: Guía de Diarrea Crónica Tercera Edición
Sangrado Rectal	Sangrado Rectal	Síntomas Nocturnos
Baja de Peso	Síntomas Nocturnos	Baja de Peso
Viajes Recientes	Baja de Peso	Edad Mayor a 50 años
Dolor Excesivo	Uso de Antibióticos Reciente	Historia Familiar de Cáncer Colorrectal, Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Enfermedad Celíaca
Fiebre	Volumen elevado de deposiciones (mayor a 250 ml/día)	Cirugía Abdominal
Fatiga	Polidefecación mayor a 6 veces/día	Duración menor a 3 meses
Sudoración Nocturna	Malnutrición	Enfermedad Pancreática
Inmunosupresión	Historia familiar de enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer colorrectal, enfermedad celíaca	Viajes recientes
Distensión y Gases Excesivos		Uso de antibióticos

Se debe continuar la anamnesis con intención de identificar el tipo de diarrea. Clásicamente se describen tres tipos de diarrea: acuosa, esteatorreica y disintérica.

La diarrea disintérica se puede estudiar con exámenes no invasivos, inicialmente, en una población menor a 50 años. El estudio no invasivo con mayor sensibilidad es la calprotectina con una sensibilidad de 81% y especificidad de 87% en valores de 50 - 60 ug/g para descarte de patología inflamatoria. Además, la PCR en un corte de 5 - 6 ml presenta una sensibilidad elevada de 73% y una especificidad de 78% para este efecto, a diferencia de la VHS, que en corte de 10-15 mm/ hr presenta una baja sensibilidad (54 - 78%) ¹⁴. Por otro lado, en pacientes mayores a 50 años, se recomienda el estudio con colonoscopia para descartar enfermedad neoplásica y colitis microscópica (para la cual se requieren biopsias escalonadas por ausencia de evidencia macroscópica). Por último, en caso de factores de riesgo o según epidemiología local, se recomienda descartar infecciones invasivas como Citomegalovirus, Clostridium Difficile y Tuberculosis.

En segundo lugar, la diarrea esteatorreica se puede confirmar con un Esteatocrito que presenta una sensibilidad de 100% y especificidad de 95% y es de bajo costo y fácil de realizar¹⁵. En caso de un examen positivo se debe sospechar un cuadro maldigestivo o malabsortivo.

Por último, la diarrea acuosa, se divide en secretora y osmótica. Si bien, característicamente se recomienda el estudio de osmolaridad y pH fecal para diferenciar estos dos cuadros, este examen es poco disponible, por lo que la Sociedad de Gastroenterología Americana recomienda su uso cuando el diagnóstico persiste amplio tras un abordaje clínico inicial.⁶ Por lo anterior, se recomienda una aproximación clínica identificando síntomas nocturnos o presencia de diarrea ante el ayuno que orienten a una diarrea secretora. Ante una diarrea de este tipo, se debe sospechar malabsorción de ácidos biliares, sobrecrecimiento bacteriano, infecciones no invasivas y colitis microscópica.

En caso de una diarrea acuosa que cede ante ayuno y no presenta síntomas nocturnos ni signos de alarma, debemos plantearnos el diagnóstico de una diarrea osmótica. En este caso debemos evaluar la posibilidad de estar frente a un cuadro funcional como SII-D o Diarrea Funcional siendo ambos

diagnósticos positivos y no de descarte. Por último, Guías Internacionales ^{3,12,13} recomiendan un estudio mínimo de estos pacientes con Hemograma, PCR, Calprotectina y estudio de Enfermedad Celíaca. El estudio de pruebas Tiroideas debe realizarse según sospecha o según recomendaciones de screening poblacional local.

Conclusiones

Si bien el estudio de Diarrea Crónica puede ser difícil dada su amplia gama de diagnósticos etiológicos, se sugiere un enfoque estructurado para su enfrentamiento, con especial énfasis en datos anamnésticos acerca de antecedentes personales y familiares, uso de medicamentos, asociación a dietas y detección de banderas rojas. Se recomienda identificar el tipo de diarrea de manera clínica con intención de descartar diarreas secretoras, esteatorreicas y disintéricas que requerirán mayores estudios. En un paciente con diarrea acuosa osmótica, se debe plantear la posibilidad de SII-D o Diarrea Funcional. Se sugiere un estudio de laboratorio mínimo en estos pacientes para descartar patologías orgánicas subclínicas concomitantes.

Referencias:

1. Riquelme A, Arrese M, Espino A, Ivanovic-Zuvic D, Latorre G. 2015. Manual de Gastroenterología Clínica. Segunda Edición. Santiago, Chile.
2. A.M. Madrid-Silva, C. Defilippi-Caffri, G. Landskron-Ramos, F. Olguín-Herrera, A. Reyes-Ponce, A. Castro-Lara, S. Larraín-Corp, N. Martínez-Roje, J. Cortés-Espinoza. 2013. Prevalencia de síntomas de intestino irritable en población asistente a centros comerciales de Santiago de Chile. Revista de Gastroenterología de México. Volumen 78.
3. Lawrence R. Schiller, MD, MACG. 2018. Evaluation of chronic diarrhea and irritable bowel syndrome with diarrhea in adults in the era of precision medicine. American Journal of Gastroenterology.
4. Moscoso F., Quera P. Enfermedad Celíaca. Revisión. 2016. Revista Médica de Chile: 144: 211-221.
5. Lawrence R. Schiller, Darrell S. Pardi, And Joseph H. Sellin. Chronic Diarrhea: Diagnosis And Management. Perspectives In Clinical Gastroenterology And Hepatology. Clinical Gastroenterology And Hepatology 2017;15:182–193
6. Schiller, L. R., Pardi, D. S., Spiller, R., Semrad, C. E., Surawicz, C. M., Giannella, R. A., ... Sellin, J. H. (2014). Gastro 2013 APDW/WCOG Shanghai Working Party Report: Chronic diarrhea: Definition, classification, diagnosis. *Journal of Gastroenterology and Hepatology (Australia)*, 29(1), 6-25.
7. P. Jellema, F.G. Schellevis, D.A.W.M. van der Windt, C.M.F. Kneepkens, H.E. van der Horst, Lactose malabsorption and intolerance: a systematic review on the diagnostic value of gastrointestinal symptoms and self-reported milk intolerance, *QJM: An International Journal of Medicine*, Volume 103, Issue 8, August 2010, Pages 555–572.
8. Misselwitz, B., Butter, M., Verbeke, K., & Fox, M. R. (2019). Update on lactose malabsorption and intolerance: pathogenesis, diagnosis and clinical management. *Gut*, gutjnl–2019–318404.
9. Ford AC, Chey WD, Talley NJ, Malhotra A, Spiegel BMR, Moayyedi P. Yield of Diagnostic Tests for Celiac Disease in Individuals With Symptoms Suggestive of Irritable Bowel Syndrome: Systematic Review and Meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2009;169(7):651–658.
10. Testing for celiac sprue in irritable bowel syndrome with predominant diarrhea: A cost-effectiveness analysis. Spiegel, Brennan M.R. et al. *Gastroenterology*, Volume 126, Issue 7, 1721 - 1732
11. WHITEHEAD, W. E., PALSSON, O. S., FELD, A. D., LEVY, R. L., VON KORFF, M., TURNER, M. J. and DROSSMAN, D. A. (2006), Utility of red flag symptom exclusions in the diagnosis of irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 24: 137-146.
12. Douglas A. Drossman William L. Hasler. Rome IV—Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction. April 2016 *Gastroenterology* 150(6):1257-1261. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.03.035
13. Arasaradnam RP, Brown S, Forbes A, et al. Guidelines for the investigation of chronic diarrhoea in adults: British Society of Gastroenterology, 3rd edition.

14. Carrasco-Labra A, Lytvyn L, Falck-Ytter Y, Surawicz C, Chey W. 2019. AGA Technical Review on the Evaluation of Functional Diarrhea and Diarrhea-Predominant Irritable Bowel Syndrome in Adults. American Gastroenterology Association.
15. Amann ST, Josephson SA, Toskes PP (December 1997). "Acid steatocrit: a simple, rapid gravimetric method to determine steatorrhea". *The American Journal of Gastroenterology*. 92 (12): 2280–4.