

SÍNDROME DIARREICO

Se define como el aumento de volumen fecal, fluidez o frecuencia de las deposiciones en relación con el hábito intestinal normal de cada individuo, pudiendo tomar como límite más de 3 deposiciones al día. Revela una alteración fisiopatológica de una o varias funciones del intestino (secreción, digestión, absorción o motilidad), y frecuentemente una combinación de éstas.

Algunos autores consideran que existe diarrea cuando el peso de las heces supera los 300 g al día. Sin embargo, esta definición puede resultar inexacta ya que individuos que siguen una dieta rica en fibras vegetales pueden exceder este peso fecal. Por otra parte, es posible que un síndrome diarreico se manifieste por deposiciones líquidas frecuentes de escasa cantidad que no superan el peso normal de las heces.

CLASIFICACIÓN

Podemos clasificar las diarreas desde distintos puntos de vista:

1. Según su fisiopatológica

- a) Diarreas osmóticas que presenta un volumen generalmente menos de 1000 cc/día, ceden con el ayuno, presentan un pH fecal <5 (cuando intervienen hidratos de carbono) y presentan un intervalo osmótico fecal (anión gap)>125 meq/l $290 - (Na+K) \times 2$ mEq/l". Sus causas principales son:
 - Intolerancia a los disacáridos como a lactosa.
 - Ingesta de laxantes osmóticos como lactulosa.
 - Algunos edulcorantes como sorbitol o manitol.
 - Sales de magnesio.
- b) Diarreas secretoras en las que el volumen es generalmente mayor de 1000cc/día, no ceden con el ayuno salvo las colestáticas y el intervalo aniónico fecal es < 50 mEq/l. Las causas más comunes son:
 - Enterotoxinas producidas por gérmenes no invasivos como V. cholerae, ciertas cepas de E. coli...
 - Malabsorción de sales biliares "diarreas colerreas" como en resecciones y enfermedades difusas del íleon terminal.
 - Laxantes NO osmóticos como fenolftaleína.
 - Serotonina (tumor carcinoide)
 - Tumores pancreáticos endocrinos secretores de VIP (Síndrome de Verner-Morrison o cólera pancreático)
 - Tumores secretores de prostaglandinas y calcitonina como el carcinoma medular de tiroides.
 - Adenoma vellosos gigante.
- c) Diarreas exudativas o inflamatorias (a veces consideradas variante de las secretoras) que frecuentemente presentan sangre y pus en las heces, a veces con síntomas generales como fiebre y alteraciones analíticas y con leucocitos neutrófilos en extensión de heces teñidas con Giemsa o azul de metileno. Causas importantes son:
 - Enfermedad inflamatoria intestinal (Crohn, colitis ulcerosa...)
 - Gérmenes enteroinvasivos (Shigella, cepas de E.coli, CMV...)

- Gérmenes productores de citotoxinas (colitis pseudomembranosa): *C. difficile* asociado frecuentemente a la toma de antibióticos.
 - Colitis isquémica.
 - Otras colitis: colitis microscópica.
- d) Diarrea motora en general con deposiciones de pequeño volumen debidas a hipertiroidismo o síndrome de intestino irritable (SII).
- e) Diarreas de mecanismo combinado como en:
- Síndrome de malabsorción con diarrea osmótica por aumento de sustancias osmóticas en el colon, secretora por los ácidos grasos hidroxilados y las sales biliares no absorbidas, motora por la distensión intestinal producida por los alimentos y líquidos retenidos, y exudativa si la causa de la malabsorción es inflamatoria.
 - Algunos gérmenes son a la vez enteroinvasivos produciendo diarrea exudativa y productores de enterotoxinas dando diarreas secretoras.
 - Síndrome postgastrectomía.
- f) Diarreas de mecanismo desconocido como en el alcohol o fármacos.

2. Según su localización

- a) Diarrea de intestino delgado y colon derecho:
- Diarrea voluminosa
 - Sangre o pus: no o no muy frecuente.
 - Dolor periumbilical y borborigmos (ruidos)
 - Ausencia de síntomas rectales
- b) Diarrea de colon izquierdo:
- Volumen escaso
 - Sangre o pus frecuente
 - Dolor hipogástrico o en la fosa iliaca izquierda o región sacra.
 - Frecuente tenemos rectal y urgencia

3. Según la existencia o no de lesión orgánica

- a) Diarrea funcional
- Larga evolución (en general alternando con estreñimiento como en el síndrome de intestino irritable).
 - No pérdida de peso.
 - No sangre ni pus en heces.
 - Buen estado general.
 - Datos de laboratorio normales.
 - No nocturnas (suelen ser diurnas, sobre todo matutinas) .
- b) Diarrea orgánica
- Puede haber manifestaciones sistémicas (artritis, fiebre...).
 - Frecuente pérdida de peso.
 - Sangre y pus en las heces.
 - Afectación general y de los datos de laboratorio (desnutrición, anemia, hipoproteinemia...).
 - Frecuentemente también nocturnas.

4. Según su duración

- a) Diarreas agudas en las que la duración es menor de 4 semanas (algunos autores consideran agudas hasta 2 semanas y persistentes de 2 a 4 semanas):
- Infecciosas que suponen más del 90%, debidas a virus, bacterias enterotoxigénicas (diarreas secretoras), bacterias enteroinvasivas (diarreas inflamatorias o exudativas), bacterias productoras de citotoxinas por necrosis e inflamación también, y protozoos (como ameba), parásitos, hongos... (ver tabla en anexos).
 - Fármacos.
 - Colitis isquémica si la edad es mayor de 60-70 años y hay riesgo cardiovascular.
 - Colitis actínica.
 - Inicio de enfermedad inflamatoria intestinal.
 - Alcohol.
 - Alergias alimentarias tras una primera ingesta.
 - Pseudodiarrea por impacto fecal en ancianos, encamados, enfermos neurológicos...
- b) Diarreas crónicas en las que la duración es mayor de 4 semanas o son recurrentes:
- Síndrome de intestino irritable frecuentemente alternando con estreñimiento.
 - Enfermedad inflamatoria intestinal como enfermedad de Cröhn y colitis ulcerosa en jóvenes, y colitis microscópica y colitis colágena en edades medias.
 - Fármacos, alcohol e intolerancia a disacáridos (lactosa sobre todo).
 - Síndrome de malabsorción.
 - Colitis isquémica, colitis actínica y alergia alimentaria que también pueden ser agudas.
 - Cirugía gástrica (postgastrectomía).
 - Endocrinas: hipertiroidismo y Addison.
 - Neuropatía diabética vegetativa que también causa estreñimiento.
 - Infecciones intestinales crónicas como Giardia lamblia.

EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON DIARREA.

Desde un punto de vista práctico resulta útil clasificar la diarrea en aguda o crónica evaluando cuales son las causas más frecuentes de cada uno de los tipos. La gran mayoría de las diarreas agudas suelen ser de origen infeccioso y tener un curso autolimitado, por lo que rara vez es necesaria la realización de exploraciones diagnósticas complejas. Las crónicas son complejas y necesitan un estudio más amplio. Debemos valorar también su naturaleza funcional u orgánica y su lugar de origen.

1. Anamnesis.

Además de las características de las diarreas es importante valorar siempre: la relación con alimentos como lácteos, con el estrés, con la promiscuidad sexual y con la toma de fármacos y alcohol. Debemos además valorar muchos síntomas acompañantes:

- Náuseas y vómitos (gastroenteritis agudas).
- Alteraciones del estado general, fiebre, pérdida de peso...
- Dolor abdominal tipo cólico en pacientes de edad avanzada con diarrea sanguinolenta sugiere una enteritis isquémica. Cuando estos síntomas aparecen en individuos jóvenes la etiología más probable es la infección por gérmenes invasores de la mucosa o la enfermedad inflamatoria

crónica del intestino. Acompaña a la diarrea del síndrome del intestino irritable en pacientes con edad media.

- Distensión abdominal, flatulencia y borborigmos como en SII y síndrome de malabsorción.

Otras son una historia previa de *aftas bucales* recurrentes indicativa de enfermedad celíaca, enfermedad de Crohn o síndrome de Behçet ; el antecedente de alcoholismo crónico, brotes recurrentes de pancreatitis o resección pancreática amplia sugiere una insuficiencia pancreática exocrina; o alteraciones analíticas como anemia en casos de síndrome malabsortivo (*ver cuadro de síntomas asociados en anexos*).

Características de las heces son su consistencia líquida o pastosa, el número de deposiciones diarias (será grave si es mayor de 6), el volumen diario aproximado (grave si es más de un litro), si tiene sangre, moco, pus, aspecto esteatorreico...

2. Exploración física.

- Estado de hidratación y nutricional
- Palpación abdominal: dolor, distensión (meteorismo), masas como neoplasias o enfermedad de Crohn...
- Tacto rectal observando presencia de sangre, frotis para leucocitos fecales...

3. Pruebas diagnósticas.

En el caso de una diarrea aguda no son precisas, salvo que sea una diarrea hemorrágica o con grave afectación del estado general. En estos casos se realizará:

- Coprocultivo y estudio parasitológico.
- Ocasionalmente serología (salmonelosis...).
- Ocasionalmente rectosigmoidoscopia.

En el caso de una diarrea crónica:

- a) En heces: sangre oculta, coprocultivo y parásitos, tinción de leucocitos, toxina de *C. difficile* sobre todo si está tomando antibióticos. Además tinción con Sudán para malabsorción de grasa y prueba de alcalinización de las heces si se sospecha toma de laxantes.
- b) En sangre: hemograma (eosinofilia, anemia...), electrolitos (hipopotasemia por la diarrea), proteínas (hipoproteïnemia por malabsorción poco común, diarreas graves exudativas, enteropatía pierdeproteínas...), proteína C reactiva que distingue funcional y orgánica (inflamatoria), hormonas tiroideas, inmunoglobulinas, anticuerpos antitransglutaminasa tisular en el diagnóstico de enfermedad celíaca...
- c) Pruebas de malabsorción: Fe, ferritina, coagulación, Ca, ácido fólico, vitamina B₁₂... Prueba de Van de Kamer para detectar grasa en heces, de la trioleína con C14, D-xilosa , gastroduodenoscopia con biopsia duodenal y test de Schilling para integridad de la mucosa, test del aliento para intolerancia a la lactosa, test del aliento para sobrecrecimiento bacteriano, test de función pancreático...
- d) Colonoscopia.
- e) Tránsito baritado de intestino delgado.

TRATAMIENTO DE LA DIARREA

1. Aguda.

Reposición de agua y electrolitos, si precisa: por vía oral con agua, limón (K), bicarbonato y glucosa, y en deshidrataciones intensas sobre todo en ancianos y lactantes por vía intravenosa con sueros salinos con KCl. Deben además evitarse los lácteos (salvo quizá yogurt) los 7-10 primeros días por intolerancia a la lactosa transitoria. Retirar alimentos con edulcorantes tipo manitol o sorbitol, fármacos y alcohol. Valorar posible alergia alimenticia (más típico en diarreas crónicas).

No parece justificado el uso de antibióticos, salvo en diarrea aguda hemorrágica o con afectación importante del estado general, dado su carácter autolimitado (los antibióticos podrían aumentar la duración de la diarrea). Están indicados en los pacientes inmunodeprimidos, en los que tienen válvulas cardiacas mecánicas o injertos vasculares recientes, y en los ancianos. La profilaxis con antibióticos está indicada en algunos pacientes que viajan a países de alto riesgo en los que es fácil presentar diarreas que pueden ser graves con trimetoprim/sulfametoxazol, ciprofloxacina, o rifaximina.

2. Crónica

En primer lugar debe tenerse en cuenta un tratamiento casual si se conoce la etiología: Colestiramina, en caso de diarrea coleréica que puede intentarse también en casos de diarrea crónica idiopática por si se trata de malabsorción primaria de sales biliares pues las fija; dieta sin gluten en la enfermedad celíaca; inmunosupresores y otros fármacos en la enfermedad inflamatoria intestinal; antibióticos en la enfermedad de Whipple; retirar alimentos responsables de alergias alimenticias y la lactosa en su intolerancia...

Además existen fármacos antidiarreicos de muchos tipos, que pueden también utilizarse en algún caso de diarrea aguda resistente a medidas habituales:

- Adsorbentes de agua como salvados, mucílagos (psilium o plantago ovata) que además ablandan las heces y son usados también en estreñimiento.
- Probióticos como lactobacillus que mejora la flora y al que a veces responden sin causa conocida.
- Derivados opiáceos que disminuyen la motilidad y aumentan la absorción neta hidroelectrolítica: codeína y loperamida (*Fortasec*) con 4 mg de inicio y 2 mg con cada deposición hasta un máximo de 16 mg diarios. No deben darse si las heces son hemorrágicas o hay sospecha de infección (fiebre), pues la diarrea es mecanismo de eliminación y defensa. Pueden además causar dilatación cólica y en casos de megacolon tóxico dar lugar a una perforación.

Otros fármacos ocasionales o usados en situaciones especiales son:

- Inhibidores de la encefalinasa (Racecadotril o Tiorfán) que evitan la degradación de las encefalinasa presentes en la pared intestinal y potencian su acción. Estas inhiben la secreción intestinal reteniendo agua, sin alterar la motilidad y pueden ser usadas en diarreas graves e infecciosas.
- Alfa-2 adrenérgicos como clonidina muy útil en la diarrea de la neuropatía diabética.
- Derivados de la somatostatina: Octeótrido. Se usa en diarreas de los tumores endocrinos como carcinoide, vipomas... pues disminuye la secreción endocrina de la hormona, la secreción hidroelectrolítica intestinal, y la motilidad intestinal.

- Subsalicilato de bismuto que bloquea los efectos secretores de agentes infecciosos como *Vibrio cholerae*, *E. coli* enterotóxica, *Salmonella* y *Shigella* y se ha utilizado con éxito en diarrea del viajero y en la diarrea crónica inespecífica.

La reposición de líquidos y electrolitos es una medida terapéutica importante en todos los pacientes con diarrea crónica. Asimismo, en ocasiones es necesario reponer las vitaminas liposolubles en los pacientes con esteatorrea crónica.