



REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



TRASTORNOS INTESTINALES

Diarrea y absorción deficiente

Diarrhea and deficient absorption

M.V. Bielsa-Fernández

Jefa del Departamento de Gastroenterología del Hospital de Atención Médica Ambulatoria, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Guadalajara

Introducción

Existe malabsorción cuando hay alteración de al menos una de las funciones digestivas:

1. Déficit en la secreción de enzimas pancreáticas o sales biliares que causa hidrólisis incompleta de las grasas y proteínas o falta de solubilización de las grasas de la dieta que provoca diarrea y malabsorción (síndromes de Zollinger-Ellison o posgastrectomía o *disminución de la concentración luminal de sales biliares*).
2. Alteración de la homeostasis del microbioma intestinal, que trastorna la biotransformación de ácidos biliares, degradación de oxalatos y polisacáridos de origen vegetal, producción de ácidos grasos de cadena corta, entre otras anomalías (síndrome de asa ciega o *sobrepoblación bacteriana del intestino delgado*).
3. Las alteraciones de la membrana del enterocito por *déficit enzimático* (disacaridasas) o por anomalías primarias o secundarias de la mucosa intestinal (enfermedad celiaca, vasculitis, enfermedades inflamatorias, etc.).
4. Bloqueo de los vasos linfáticos que impide el transporte de los nutrientes desde la célula intestinal hasta los órganos donde se llevan a cabo el almacenamiento o el metabolismo (Whipple, linfangiectasias, linfoms, etc.).

5. Disminución de la superficie de absorción posterior a cirugías o síndrome de intestino corto.

Durante la pasada Semana de Enfermedades Digestivas (DDW 2012), llevada a cabo en San Diego, California, se presentaron algunos pósteres y sesiones orales sobre alteraciones de la absorción intestinal, de los cuales los más relevantes se comentan a continuación.

La malabsorción de ácidos biliares (MAB) es causa de diarrea crónica en un íleon morfológicamente normal, ya que permite que altas concentraciones lleguen al colon, lo cual modifica el desplazamiento de agua y electrolitos; esto ocasiona diarrea, al aumentar la presencia de dihidroxiácidos biliares, se incrementa la secreción de cloro y la secreción neta de líquido, y se bloquea la absorción a bajas concentraciones.

El primer trabajo a este respecto se efectuó en el Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, España, cuya finalidad fue calcular la prevalencia de MAB en pacientes con diarrea crónica de características funcionales e investigar la respuesta al tratamiento con colestiramina, ya que los autores piensan que ésta es una causa frecuente de diarrea crónica, poco diagnosticada y tratada de modo insuficiente.

Se trató de un estudio observacional que incluyó a 84 pacientes consecutivos, con edad media de 58 (42-74), de los cuales el 72% correspondió a mujeres, y que cumplieron con los criterios de Roma III para síndrome de intestino irritable con diarrea (SII-D) (65%) o diarrea funcional (35%); el diagnóstico de MAB se determinó con la prueba 75SeHCAT (75 *Selenium-homocholic acid taurine*), considerada positiva

Autor para correspondencia: Av. Juan Palomar y Arias # 642, Colonia Prados Providencia, Guadalajara, Jal., México. C.P. 44660. Teléfono: 3641 0070 o 3648 8484 ext. 1563.

Correo electrónico: marivibielsa@yahoo.com.mx (M.V. Bielsa-Fernández).

con la retención < 10% al séptimo día. La respuesta al tratamiento se consideró parcial si decrecía el número de defecaciones, completa cuando se normalizó el número de defecaciones y nula en ausencia de cambios. Veintitrés por ciento tenía colecistectomía, tres (4%) se diagnosticaron con enfermedad celiaca y ocho (10%) tenían colitis microscópica (cinco linfocíticas y tres colagenosas). Cincuenta y un por ciento de los pacientes presentó MAB, sin relación aparente con edad, sexo, síndromes, diabetes o colecistectomía. Hasta 82% de los pacientes mostró respuesta completa a la colestiramina, 15% parcial y sólo 3% no respondió. Tampoco encontraron diferencias significativas entre la respuesta al tratamiento y el grado de MAB, colecistectomía, diagnósticos sindromáticos o dosis de colestiramina¹.

El diagnóstico de diarrea por intolerancia a los carbohidratos o por sobrepoblación bacteriana del intestino delgado (SIBO, por sus siglas en inglés) suele establecerse mediante pruebas de aliento. Sobre este tema se identificaron tres trabajos interesantes, todos ellos realizados en el hospital Gemelli de Roma. En las pruebas de aliento se mide el hidrógeno (H₂) espirado. El H₂ y el metano (CH₄) son gases producidos por las bacterias intestinales; la sangre que contiene H₂ fluye a los pulmones donde el gas se libera y exhala para medirlo. En uno de los estudios, los autores señalaron que el 15% de la población tiene en su flora intestinal *Methanobrevibacter smithii*, que convierte cuatro átomos de H₂ en una molécula de CH₄. Estas personas pueden no exhalar H₂ y por ello evaluaron la prevalencia real de individuos "no productores de H₂" en el área de Roma. En 197 pacientes (F 142/M 55; edad media, 48 ± 12) con SII realizaron la prueba de tolerancia a la lactosa y lactulosa con H₂/CH₄. A los pacientes que no produjeron H₂ en dos pruebas de tolerancia a la lactosa y lactulosa los denominaron "no productores de H₂". El 7.6% (15/97) no produjo H₂ con lactosa ni con lactulosa, pero sí se encontró una producción de CH₄ en el 33.3% (5/15), por lo que se consideraron como falsos negativos².

La malabsorción de lactosa no siempre se vincula con intolerancia, aunque no se conocen los factores causantes de los síntomas, la sensibilidad visceral podría jugar un papel. Los autores de otro estudio³, evaluaron el impacto de la ansiedad sobre la severidad de los síntomas de intolerancia a la lactosa (distensión, flatulencia, dolor y diarrea) mediante una escala visual análoga en un grupo de 104 pacientes sintomáticos (85 F; edad media, 44 ± 16) y les aplicaron una escala de ansiedad y depresión. El 67% (70/104) de los pacientes resultó positivo para la prueba de aliento y 47% (49/104) reportó ansiedad; en los ansiosos no se encontró diferencia en los síntomas, independientemente de los resultados de la prueba de aliento y el síntoma predominante fue distensión, mientras que los no ansiosos, con prueba de aliento positiva, sí refirieron un mayor índice de síntomas al compararlos con los que tenían prueba de aliento negativa.

Otro de los estudios italianos se realizó con el fin de correlacionar la producción de gas con la intensidad de los síntomas⁴ después de la ingestión de leche, con o sin malabsorción de lactosa en pacientes con y sin ansiedad, utilizando los mismos pacientes del estudio previamente mencionado. En los 43 sujetos que se encontraron sin ansiedad (NA), hubo una correlación significativa entre la concentración media de H₂ (30±4 ppm) a los 120 minutos y la distensión (p<0.015), flatulencia (p<0.028) y dolor (p<0.01); la diarrea correlacionó con concentraciones de H₂ (40+3 ppm) a los 120 minutos de haber iniciado la prueba de aliento.

Conclusiones

1. La mitad de los pacientes con diarrea crónica podría tener MAB y la mayoría de ellos responde al tratamiento con secuestradores de ácidos biliares.
2. Casi todas las personas producen H₂, pero existen "no productores de H₂" que pueden arrojar resultados falsos negativos en pacientes con síntomas compatibles con SIBO o intolerancia a la lactosa; en éstos sería recomendable utilizar dispositivos que midan CH₄/H₂.
3. La ansiedad podría influir de manera significativa en la intensidad de todos los síntomas de intolerancia a la lactosa.
4. Los síntomas de intolerancia a lactosa no se correlacionan con la cantidad de gas producida en personas con ansiedad.

Financiamiento

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este trabajo.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Maisterra S, Pons Vilardell C, Notta P, et al. Bile acid malabsorption in the diagnosis of chronic diarrhea. Sesión de carteles presentada en DDW 2011; mayo 19-22; San Diego, Ca. Sa1305.
2. Bruno G, D'Aversa F, Gerardi V, et al. The prevalence of "H₂ non producer"; in IBS population. Sesión de carteles presentada en DDW 2011; mayo 19-22; San Diego, Ca. Su1195.
3. Ojetti V, Bertucci F, Ianiro G, et al. The impact of anxiety on lactose intolerance symptoms. Sesión de carteles presentada en DDW 2011; mayo 19-22; San Diego, Ca. Su1197.
4. Ojetti V, Tortora A, Ianiro G, et al. Correlation between gas production and intensity of gastrointestinal symptoms during lactose breath test. Sesión de carteles presentada en DDW 2011; mayo 19-22; San Diego, Ca. Su1943.