



REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es



■ Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento en gastroenterología

Guía de diagnóstico y tratamiento de la diarrea crónica. Epidemiología, etiología y clasificación

Coordinador General: Dr. José María Remes Troche
Coordinador: Dr. Octavio Gómez Escudero
Participantes: Dra. María Victoria Bielsa Fernández
Dr. Julio Garrido Palma
Dr. Tomás Méndez Gutiérrez
Dr. Isidro Vázquez Ávila

■ 1. ¿Cómo se define la diarrea crónica?

La diarrea puede considerarse como un síntoma o como un signo. En el primer caso, se define como el aumento en la frecuencia, disminución en la consistencia de las evacuaciones o una combinación de ambas. Como signo, es un aumento en el volumen o en el peso de las evacuaciones (más de 200 g o más de 200 mL en 24 horas), con una dieta occidental.^{1,2}

A diferencia de definición, la percepción del paciente sobre la diarrea es variable, por lo que la Asociación Americana de Gastroenterología (AGA), sugiere definirla como *una disminución en la consistencia de las heces fecales, con o sin aumento en la frecuencia de las mismas*.^{3,4}

Aunque no hay consenso para definir su cronicidad, la mayoría de los expertos acepta que si la diarrea dura cuatro o más semanas, debe considerarse como crónica.^{3,5-7}

Nivel de evidencia IV, grado de recomendación D.

■ 2. ¿Cuál es la prevalencia de la diarrea crónica?

Las tasas son difíciles de estimar debido a las diferencias entre los grupos de población y a las definiciones usadas por los investigadores. Aunque se han informado prevalencias de entre 7% y 18% en población de adultos mayores en Estados Unidos, la mayoría de ellos cumplían criterios para síndrome de intestino irritable (SII), por lo que al aplicar la definición sobre la alteración en la frecuencia, sin dolor abdominal, la prevalencia estimada es de 4% a 5%.⁸⁻¹⁰ Aunque en nuestro país se desconoce la prevalencia de la diarrea crónica (DC), en general se ha reportado que entre 15% a 32% de los pacientes con SII, predomina la diarrea.¹¹

Nivel de evidencia IV, grado de recomendación D.

■ 3. ¿Cuáles son los grupos más afectados por esta condición?

Aunque no existen antecedentes en la bibliografía, la mayoría de los autores sugieren una prevalencia más alta en niños con afección a su estado nutricional, pacientes inmunodeprimidos y adultos mayores debido a que los factores de riesgo asociados con el desarrollo de DC ocurren en este grupo de población (cirugía previa gastrointestinal, enfermedad pancreática, enfermedades sistémicas, alcohol, uso de medicamentos y deficiencia de disacaridasas).^{2,12}

Nivel de evidencia IV, grado de recomendación D.

■ 4. ¿Cuáles son las causas más comunes de la DC en nuestro medio?

En función de las principales razones para darse la DC, el estado socioeconómico destaca; asimismo, influye el estrato de la población estudiada. En países con economías emergentes, las causas más comunes son infecciones bacterianas, parasitarias y por micobacterias, aunque también los trastornos funcionales digestivos (TFD), la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y los síndromes de absorción intestinal deficiente (SAID), en especial diarrea asociada a sales biliares son causas frecuentes.^{4,13} Otras causas, informadas con menor frecuencia, incluyen: esprue celíaco y tropical, colitis microscópicas, enteropatías medicamentosas, incluidas las favorecidas por antiinflamatorios no esteroideos (AINE), neuropatía autonómica y diarrea biliar.^{2,3,13}

En México no existe información veraz suficiente sobre este punto. En un hospital de concentración se reportó que en un subgrupo de 461 pacientes con DC y SAID, las causas más comunes fueron: pancreatitis crónica, esprue tropical y sobrepoblación bacteriana.¹⁴

Nivel de evidencia III, grado de recomendación C.

■ 5. Con base en su localización, ¿cuál es la clasificación de la DC?

Esta puede sustentarse como se muestra en la **Tabla 1:**

Nivel de evidencia III, grado de recomendación D.

■ **Tabla 1.** Causas de diarrea crónica con base en su localización.²

<p>Colónica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neoplasias • Enfermedad inflamatoria intestinal • Colitis microscópicas • Trastornos funcionales digestivos • Intestino delgado • Enfermedad celíaca • Enfermedad de Crohn • Otras enteropatías (Enfermedad de Whipple, esprue tropical, amiloidosis, linfangiectasias intestinales) • Ácidos biliares • Deficiencia de disacaridasas • Sobrepoblación bacteriana • Isquemia mesentérica • Enteritis post-Radioterapia • Linfoma • Giardiasis • Trastornos funcionales digestivos
<p>Extraintestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pancreática (pancreatitis crónica, insuficiencia pancreática crónica, carcinoma pancreático, fibrosis quística) • Endocrina (hipertiroidismo, diabetes, hipoparatiroidismo, tumores neuroendocrinos) • Casusas misceláneas (diarrea <i>facticia</i>, causas quirúrgicas, medicamentos, alcohol, neuropatía autonómica)

Adaptado de: Thomas PD, Forbes A, Green J, et al. Guidelines for the investigation of chronic diarrhea, 2nd edition. Gut 2003; 52: v1-v15.

■ 6. De acuerdo con sus mecanismos fisiopatológicos ¿cómo se clasifica la DC?

La etiología de la DC es variable y un mismo factor suele causar síntomas mediante diversos mecanismos fisiopatológicos. En términos generales las causas de DC se agrupan en osmóticas, secretoras, inflamatorias y motoras.^{7,15}

La diarrea osmótica se produce por la presencia, en el intestino distal, de un soluto no absorbido que aumenta la carga osmótica y arrastra líquido a la luz intestinal. Por ejemplo, se incluyen la deficiencia de disacaridasas y la ingestión de solutos no absorbibles, como sorbitol, lactosa o compuestos que contengan magnesio.¹⁵ La diarrea secretora se produce por una mayor secreción de agua y electrolitos hacia la luz que supera la capacidad de absorción intestinal a través de la activación de AMP-cíclico. El ejemplo clásico es la gastroenteritis asociada a toxinas bacterianas.¹⁵

La diarrea con etiología de tipo motor, puede ser debida a hiper o hipomotilidad. La primera se asocia a un tránsito intestinal rápido y disminuye el tiempo para digestión y absorción de nutrientes. Algunas causas incluyen trastornos funcionales, hipertiroidismo e hiperparatiroidismo. La hipomotilidad está asociada a enfermedades como escleroderma, diabetes mellitus y pseudo-obstrucción intestinal, que pueden asociarse a sobreplatación bacteriana.¹⁵

La diarrea inflamatoria se produce por lesiones de la mucosa, dando por consecuencia una disminución de la superficie de absorción. Los ejemplos clásicos son enfermedad inflamatoria intestinal y diarreas de origen infeccioso.¹⁵

Nivel de evidencia IV, grado de recomendación D.

Referencias

1. Binder HJ. Causes of chronic diarrhea. *N Engl J Med* 2006;355:236-9.
2. Thomas PD, Forbes A, Green J, et al. Guidelines for the investigation of chronic diarrhea, 2nd edition. *Gut* 2003; 52: v1-v15.
3. Headstrom PD, Surawicz CM. Chronic diarrhea. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2005; 3: 734-737.
4. Fine KD, Schiller LR. AGA Technical Review on the evaluation and management of chronic diarrhea. *Gastroenterology* 1999;116:1464-86.
5. Holbrook I. The British Society of Gastroenterology guidelines for the investigation of chronic diarrhea, 2nd edition. *Ann Clin Biochem* 2005; 42:170-4.
6. American Gastroenterological Association Medical Position Statement: Guidelines for the evaluation and management of chronic diarrhea. *Gastroenterology* 1999;116:1461-1463.
7. Carmona-Sánchez R. Diarrea crónica. *Rev Gastroenterol Mex* 2004; 69 (Suppl 3): 95-7.
8. Talley NJ, O'Keefe EA, Zinsmeister AR, et al. Prevalence of gastrointestinal symptoms in the elderly: a population-based study. *Gastroenterology* 1992;102:895-901
9. Talley NJ, Weaver AL, Zinsmeister AR, et al. Onset and disappearance of gastrointestinal symptoms and functional gastrointestinal disorders. *Am J Epidemiol* 1992;136:165-77.
10. Fine KD, Meyer RL, Lee EL. The prevalence of chronic diarrhea in patients with celiac sprue treated with a gluten-free diet. *Gastroenterology* 1997 112:18-38.
11. Tamayo JL, López-Colombo A, et al. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento del síndrome de intestino irritable. *Rev Mex Gastroenterol* 2009;74:56-7.
12. Mery CM, Robles-Díaz G. Esprue tropical ¿una enfermedad inexistente o inadvertida? *Rev Invest Clin* 2000;52:377-9.
13. Uscanga L. Síndrome de absorción intestinal deficiente y enfermedad celíaca. *Rev Gastroenterol Mex* 2006; 71 (Suppl 1): 19-21.
14. Páez-Rodríguez O, Robles-Díaz G, Uscanga L, Wolpert E. Sprue tropical: causa frecuente de esteatorrea en México. *Med Int Mex* 1986; 2: 26-8.
15. Lanás A, Sopeña F. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and lower gastrointestinal complications. *Gastroenterol Clin North Am* 2009;38:333-52.