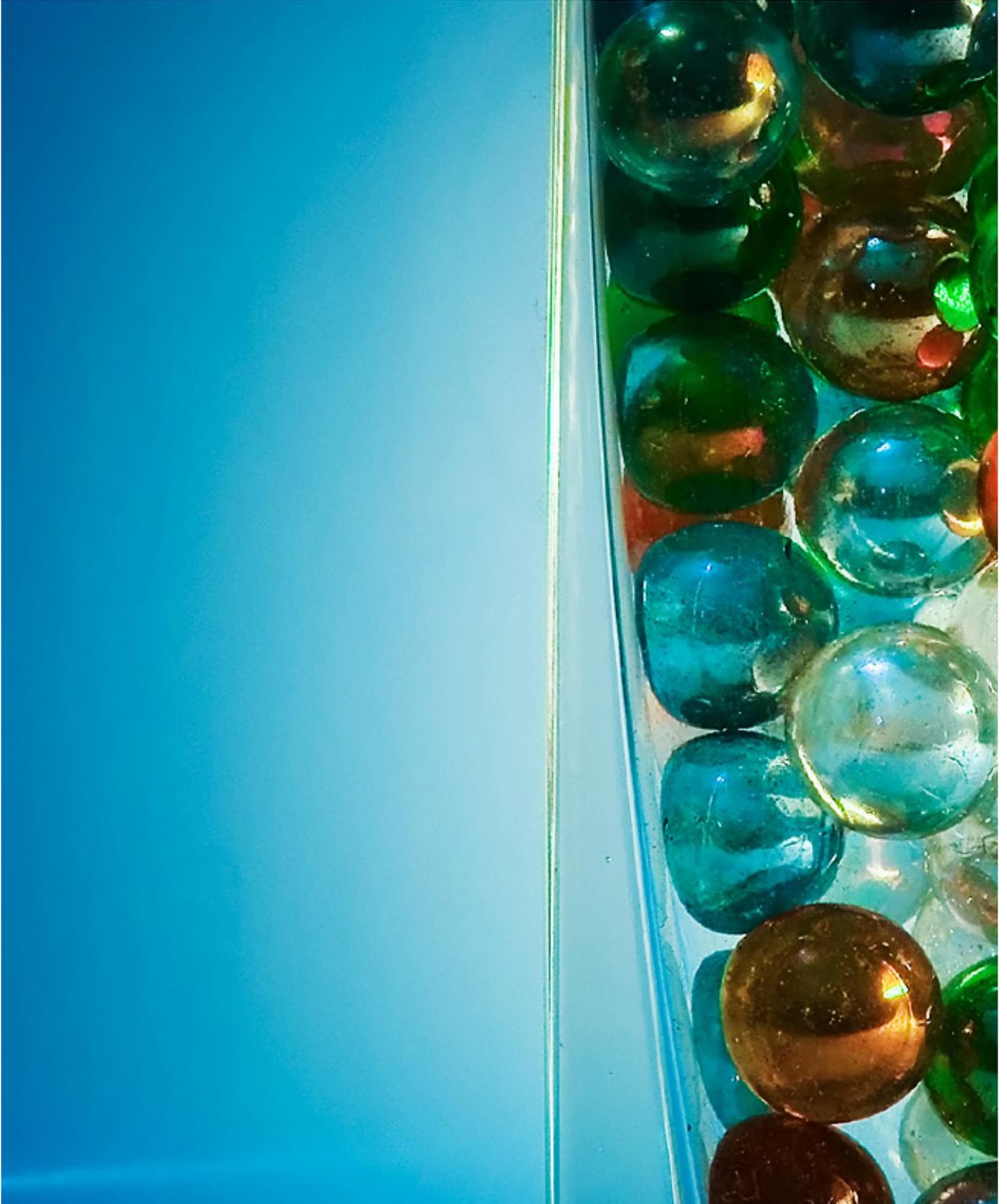




**Libros
Virtuales
IntraMed**



DIARREA CRÓNICA

DEFINICIÓN

Se define como la alteración del ritmo evacuatorio con aumento de la frecuencia (> de 3 deposiciones/día) y/o disminución de la consistencia (heces blandas y/o líquidas) y/o peso de materia fecal > a 200 g; con una duración mayor a 4 semanas.

CLASIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

DEL VIAJERO: bacteriana, giardiasis, amebiasis, espre tropical

INMUNODEPRIMIDO:

❖ Oportunistas: Criptosporidium, Isospora, CMV, HS, Mico-

CARACTERÍSTICAS DE LA MATERIA FECAL

ACUOSA → **osmótica** (gap fecal >125) Laxantes con alto contenido de Mg+
Edulcorantes con sorbitol o manitol
Déficit de lactasa

→ **secretora**
enterotoxina
fármacos
tumores neuroendócrinos
laxantes
malabsorción de ácidos biliares
alteración de la motilidad
inflamatoria
tumores
hipertiroidismo
Addison
hipocalcemia

INFLAMATORIA CU, Crohn
Isquémica, rádica
Infecciosa: Ps-membranosa, TBC, CMV, VHS, Strongiloides
Neoplásica: ca de colon, linfoma

GRASA → **malabsorción** Enf. celiaca, Giardiasis, sobrecrecimiento bacteriano, intestino corto
→ **maldigestión** Insuficiencia pancreática, déficit de ácidos biliares

bacterium avium

- ❖ Efectos adversos farmacológicos: HAART
- ❖ Linfoma asociado al HIV

PACIENTE INSTITUCIONALIZADO:

- ❖ Asociado a ATB: pseudomembranosa, disbacteriosis
- ❖ Alimentación enteral (SNG)
- ❖ Efectos adversos farmacológicos
- ❖ Diarrea por rebosamiento (pseudodiarrea)

ORGÁNICA: comienzo brusco, duración menor a 3 meses, continua, episodios nocturnos, repercusión general, peso de MF > a 400 g/día, anemia, hipoalbuminemia, ERS aumentado, SOMF+

FUNCIONAL: comienzo gradual, duración mayor a 6 meses, intermitente, solo diurna, sin repercusión general, MF < a 200 g/día, laboratorio normal

ALTA: dolor periumbilical, sin pujos ni tenesmo, < de 4 deposiciones, volumen aumentado, color amarillento, pastosa o acuosa. Pudiendo aparecer: esteatorrea, restos de alimento.

BAJA: dolor hipogástrico, con pujos y/o tenesmo, > de 4 deposiciones, bajo volumen, acuosa.

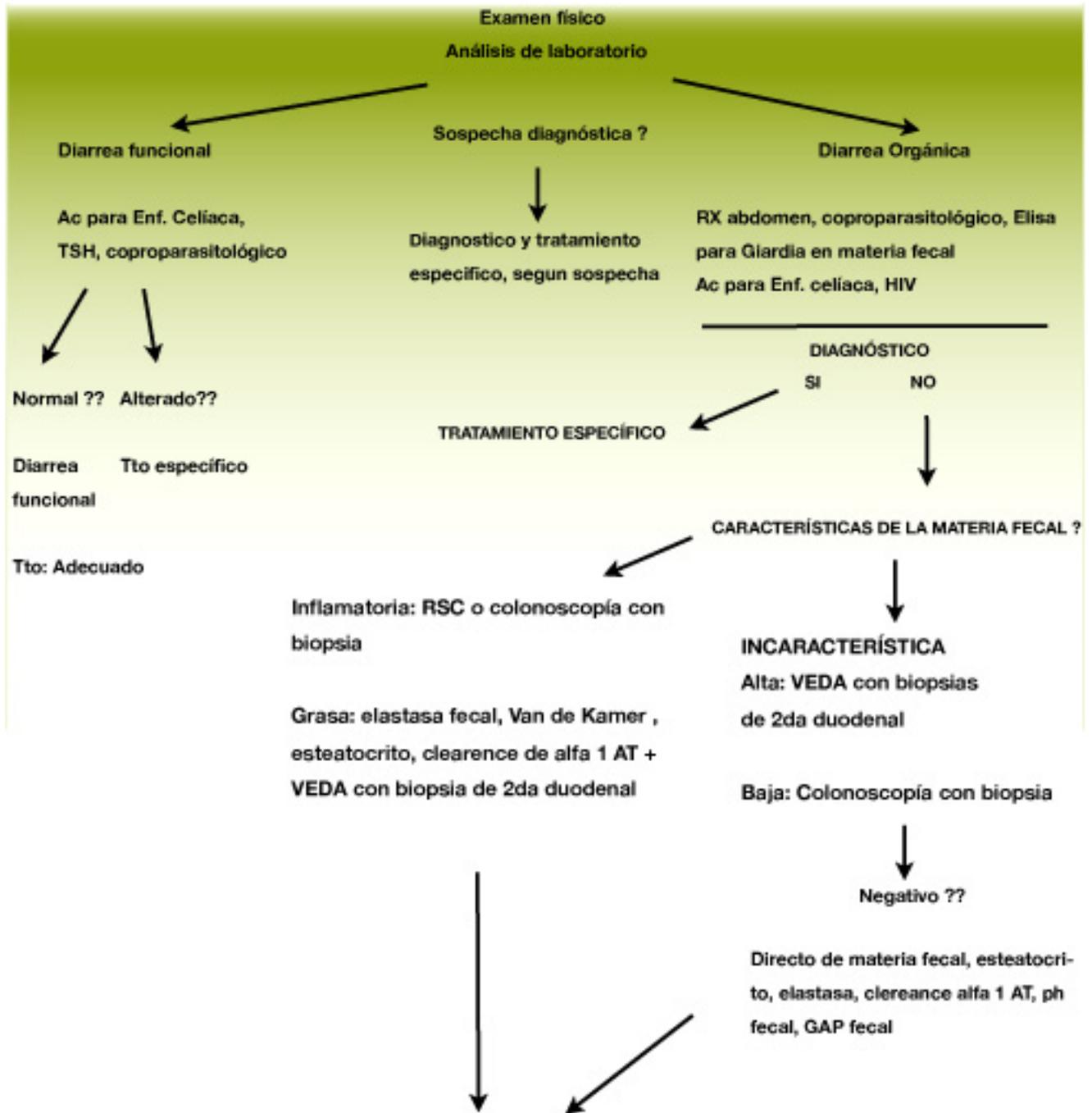
EVALUACIÓN CLÍNICA

INTERROGATORIO

- ❖ inicio abrupto o gradual
- ❖ duración > de 4 semanas
- ❖ intermitente o continua
- ❖ episodios nocturnos
- ❖ características de la materia fecal
- ❖ volumen y frecuencia
- ❖ dolor, pujos, tenesmo o incontinencia
- ❖ repercusión general
- ❖ respuesta al ayuno
- ❖ stress, dieta, fármacos
- ❖ epidemiología
- ❖ antecedentes de radioterapia o cirugía
- ❖ enfermedad sistémica, LES, Addison, hipertiroidismo, colagenopatía, tumor

EXÁMEN FÍSICO

- ❖ signos vitales, estado nutricional, grado de deshidratación
- ❖ dermatitis herpetiforme (Enf. celíaca)
- ❖ urticaria pigmentosa (Mastocitosis)
- ❖ hiperpigmentación de pliegues y mucosa (Addison)
- ❖ bocio o nódulo tiroideo (hipertiroidismo, Ca medular de tiroides)
- ❖ artritis (Whipple, CU, colagenopatías)
- ❖ adenopatías (linfoma, HIV)
- ❖ cirrosis (CU+CEP)
- ❖ sintomatología anorectal (bolo fecal, Crohn)



ESTEATOCRITO / CLEARENCE DE ALFA 1 AT

+/+	-/+	+/-	-/-
Enteropatía proximal	Enteropatía distal	Insuficiencia pancreática	GAP, ph fecal

VEDA con biopsia

Tránsito de delgado
Ileoscopia con biopsias

Rx abdomen, ECO, TAC
Elastasa fecal < 100

GAP fecal > 125 - Diarrea osmótica

descartar laxantes, sorbitol, fructosa, manitol

Ph fecal < 5,6 - Deficit de lactasa

H+ espirado, prueba terapéutica con deslactosados y lactasa

GAP fecal < 50 - Diarrea secretora

Ingesta de fármacos, diarrea colerética, laxantes irritantes

Evaluar estudio hormonal: gastrina, 5HIA, glucagón, VIP, somatostatina, paratohormona, cromogranina A, Ca+

TRATAMIENTO EMPÍRICO:

- ❖ Loperamida (1 comp. después de cada deposición. No mas de 8 comp/día)
- ❖ ATB (ciclo de 10 días de Ciprofloxacina o Metronidazol)
- ❖ Colestiramina (Questran Light®: 1 a 4 sobres/día)
- ❖ Enzimas pancreáticas
- ❖ Dieta libre de gluten
- ❖ Dieta deslactosada

Bibliografía

1. Guidelines for the investigation of chronic Diarrhoea, 2nd edition GUT 2003;52;1-15
2. Chatelain D, Mokrani N, Fléjou JF. Microscopic colitis: collagenous colitis and lymphocytic colitis. Ann Pathol. 2007 Dec;27(6):448-58.
3. Schiller LR. Management of diarrhea in clinical practice: strategies for primary care physicians. Rev Gastroenterol Disord. 2007;7 Suppl 3:S27-38.
4. Spiller R. Chronic diarrhoea. Gut. 2007 Dec;56(12):1756-7.
5. Schoepfer A. Chronic diarrhea: etiologies and diagnostic evaluation. Praxis. 2008 Apr 30;97(9):495-500.
6. Michael J.G. Farthing. Patient with refractory diarrhoea. Practice & Research Clinical Gastroenterology .Vol. 21, No. 3, pp. 485-501, 2007.