

# Síndrome Diarreico Prolongado en el Adulto

**Dr. Jorge Fernández H.**

*Médico Familiar*

*Centro Médico Familiar Independencia*

*Isapre Cruz Blanca*

*Hospital Clínico Universidad de Chile*

## CASO

Paciente E.M.Y., sexo masculino, 49 años de edad, escolaridad 6° preparatoria, trabaja como Operario de mantención en Cementerio-Parque. Soltero sin hijos, convive con pareja estable.

## ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES

**Antecedentes familiares:** nada relevante.

### Antecedentes personales:

Fractura antigua de brazo izquierdo sin secuelas.

Tabaco: 25 cigarrillos al día.

Alcohol: 1 botella de whisky o pisco 6 veces al año.

## MOTIVO DE CONSULTA INICIAL

20/marzo/2001: molestias digestivas difusas, tipo malestar abdominal de meses de evolución, con meteorismo, flatulencia, deposiciones líquidas frecuentes alternadas con períodos de constipación, sin sangre y con escasa mucosidad, escasos síntomas ácidos, náuseas y baja de peso (refiere que a los 39 años pesaba 56 kgs y de ahí en adelante baja progresivamente). Nota también debilidad cansancio y nerviosismo.

## EXAMEN FÍSICO DE INGRESO

Presión arterial: 100/60 mm Hg

Peso: 46,5 kg

Talla: 1,55

IMC: 19%

Piel terrosa; aspecto enflaquecido; se nota enlentecimiento

mental, cuello normal; cardiopulmonar normal; abdomen blando, depresible, indoloro, RHA presentes y aumentados, hígado se palpa bajo reborde costal de consistencia blanda; genitales: testículo izquierdo de mayor tamaño (refiere que siempre ha sido así).

## PROBLEMAS DETECTADOS Y PLAN DE MANEJO INICIAL

- Baja de peso en estudio, Obs Neoplasia oculta.
- Tabaquismo crónico.

### Se solicitan exámenes:

Rx tórax

ECO abdominal

Hemograma

Pruebas hepáticas

Glicemia

## EVOLUCIÓN

Entre la primera consulta y el 27/abril/2001 se realiza los siguientes exámenes:

- Rx Tórax: diafragmas aplanados, aumento de espacio retroesternal, ambas bases más radiolúcidas, aumento de espacios intercostales.
- ECO abdominal: Normal.
- Parasitológico y cultivo de deposiciones: negativo.
- Glicemia, Bilirrubina total y directa, Transaminasas, GGT y Hemograma: normales.
- Fosfatasas alcalinas: 160 U/lit (rango normal: 38-126)
- Endoscopia digestiva: esofagitis erosiva distal. Compresión extrínseca fúndica gástrica.
- TAC abdomen: dilatación de asas de intestino delgado,

colon con líquido en su interior asociado a cuadro diarreico sin otras alteraciones.

- VIH: negativo.
- Biopsia gástrica endoscópica: esofagitis crónica inespecífica leve.

Durante el estudio el paciente se mantiene con molestias difusas similares y con diarreas intermitentes, fluctuando su peso entre 45 y 47 kg. Se utiliza Tensoliv® y metoclopramida para el manejo de los síntomas de meteorismo y diarrea, y se agrega omeprazol por esofagitis.

Luego de que todos los exámenes realizados fueran negativos, se interpreta el cuadro clínico como diarrea de tipo funcional. Además aparecen síntomas de disminución de ánimo, cansancio, dificultad para dormir y antecedentes de duelo no resuelto por muerte de padre (hace 2 años, tiempo durante el cual no demostró su pena, y que por su trabajo actual, en cementerio, recuerda aquel evento constantemente), por lo cual se diagnosticó un síndrome depresivo, y se inició tratamiento con Amitriptilina en dosis de 50 mg en la noche. Su cuota de cigarrillos diaria fue disminuyendo en forma gradual sin llegar a 0.

Su evolución había sido buena, ya que realizaba dieta con bajos residuos, pero al sentirse mejor decidió ampliar la variedad de alimentos, con lo cual empeoró y consulta el 08/08/2001 con diarrea abundante y diaria, incluso que lo despierta por la noche, calambres, baja de peso a 42 kg y PA 70/50 mmHg, con abdomen distendido y con bazuqueo ++.

Se decide derivar a Gastroenterología para evaluación con diagnóstico de síndrome diarreico prolongado ¿metabólico? ¿tumoral?. En dicha evaluación se decide su hospitalización para estudio con hipótesis diagnóstica: Linfoma gástrico.

## HOSPITALIZACIÓN

Estuvo hospitalizado desde el 10 al 24 de agosto del 2001 en el Hospital Clínico de la U. de Chile con diagnóstico de alta de Enfermedad Celiaca (EC), por lo cual se le indicó régimen sin gluten, y se mantuvo indicación de omeprazol y amitriptilina.

### Exámenes al momento del alta:

- Glicemia, Nitrógeno ureico, Creatinemia, Uricemia, Calcemia, Fosfemia, Proteínas totales, Colesterol total, GOT, Fosatasas alcalinas, LDH, Protrombina y Hemograma: normales.
- Biopsia duodenal: atrofia vellositaria completa, altamente sugerente de Enfermedad Celiaca activa.

## ESTADO ACTUAL

El paciente progresivamente ha ido recuperando peso, en su último control llega con 57 kgs, PA 120/70 mmHg, sin diarrea, realizando dieta sin gluten. Durante el período post alta sólo presentó un episodio de edema de extremidades inferiores temporal, que cedió con manejo dietético (restricción de sal). Además el paciente deja de fumar.

## PLAN A FUTURO

- Mantener régimen sin gluten.
- Disminución progresiva de omeprazol y amitriptilina si la evolución se mantiene bien.

## COMENTARIO DEL ESPECIALISTA:

El caso clínico, Síndrome Diarreico Prolongado en el Adulto, publicado en este número por J. Fernández, es un muy buen ejemplo del modo cómo el médico general aborda, a nivel primario, el síndrome diarreico crónico.

De acuerdo a la teoría de toma de decisiones, un elemento importante que influye en la formulación de las hipótesis diagnósticas, es la prevalencia que una determinada enfermedad tiene en una población, y que será distinto en la población que acude al médico general, de la que va el especialista de un centro hospitalario universitario. Esto explica el hecho que en nuestro medio, el diagnóstico de la enfermedad celíaca (EC) del adulto, rara vez se hace a nivel primario. Sin embargo, los progresos y el conocimiento que la enfermedad ha alcanzado en los últimos años, hacen que este escenario deba cambiar en el futuro cercano.

La EC es una enteropatía autoinmune de la cual se conoce su asociación con los genes del sistema HLA (HLA-DQA 1\*0501 DK[B1 \*0201), el agente ambiental gatillante de la reacción (fracción gliadina del gluten de algunos cereales) y la proteína blanco de la respuesta autoinmune (transglutaminasa tisular).

En los últimos años ha sido posible desarrollar varias pruebas serológicas, tales como la medición de anticuerpos anti gliadina (AGA), anticuerpos anti endomocidio (AAE), y finalmente anticuerpos antitransglutaminasa tisular (ATGt). La aplicación de estas pruebas al diagnóstico de casos individuales, así como estudios poblacionales han cambiado dramáticamente la información que teníamos de esta enfermedad.

1.- Mientras los estudios de prevalencia basados en el diag-

nóstico de casos nuevos se estimaba entre 1 a 500 ó 1 a 10.000 en Europa y EE.UU., los estudios poblacionales con marcadores de una alta especificidad dan cifras de 1 a 100 ó 300. Estudios preliminares en Argentina y Brasil dan resultados preliminares y similares.

2.- Se ha podido establecer que junto a la forma clásica de presentación (diarrea crónica, enflaquecimiento y evidencia de mala absorción) existen formas con síntomas atípicos secundarios a la mala absorción (anemia ferropriva, osteopenia, baja estatura, esteatosis hepática, hipertransaminasemia y producción exagerada de gases), o independientes de ella (dermatitis herpetiforme, polineuropatía, aftas bucales, alopecia, trastornos del ánimo, cansancio, etc).

3.- También se han podido identificar los grupos de riesgo de poblaciones susceptibles de portar la enfermedad en la forma completa o incompleta (parientes de 1º y 2º grado de pacientes celíacos, diabetes insulínica, tiroiditis y otras enfermedades autoinmunes y síndrome de Down).

La EC pasa así a ser la enfermedad genética más frecuente que enfrentará el médico general. Su presentación proteiforme hace, sin embargo, que deba aumentar la suspicacia clínica.

La Sociedad Europea de Gastroenterología Pediátrica y

Nutrición ha revisado los criterios para el diagnóstico definitivo de EC en la siguiente forma:

- 1) Historia clínica y presentación (incluye los casos atípicos y la asociación a otras enfermedades).
- 2) Serología compatible.
- 3) Histología compatible.
- 4) Respuesta clínica y serología a dietas sin gluten.
- 5) Sujetos mayores de 2 años.
- 6) Exclusión de otras enfermedades que puedan simular EC.

Finalmente dos palabras sobre los test serológicos. En nuestro país se encuentran disponibles la medición de anticuerpos IgA e IgG anti gliadina, anticuerpos IgA anti endomio y anticuerpos anti TGt e IgG. En niños menores de 2 años estas pruebas tienen muy baja sensibilidad. Los AGA y AAE, pese a la experiencia inicial, son de baja sensibilidad en el adulto, aunque muy específicos (más de 95%). En cambio los ATGt tiene una sensibilidad y especificidad entre 98 y 100%.

Un hecho importante a considerar en la interpretación de estas pruebas es que la deficiencia de IgA selectiva es frecuente en la población y que su asociación, por otro lado con enfermedad celíaca es alta. Es recomendable entonces, solicitar siempre simultáneamente la determinación de IgA en plasma junto con los anticuerpos específicos.

**DR. RENATO PALMA**  
*Unidad de Gastroenterología*  
*Clínica Las Condes*