

## PROTOCOLOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS

### Pauta diagnóstico-terapéutica de la diarrea crónica en la infancia

M. ALONSO FRANCH, P. BEDATE CALDERÓN,  
C. CALVO ROMERO y D. MARTÍN MELERO

#### INTRODUCCIÓN

Cuando una diarrea no responde al tratamiento y persiste la eliminación de heces anormales en cantidad y/o calidad más de dos semanas se habla de diarrea prolongada. El término de diarrea crónica, por el contrario, está cronológicamente poco definido aunque en la actualidad tiende a considerarse como tal la diarrea de más de tres o cuatro semanas de duración.

#### DIAGNÓSTICO

Ante una diarrea crónica, más que pensar en el amplio grupo de posibilidades etiológicas el pediatra general se limitará a considerar las más frecuentes en la clínica diaria: situaciones postgastroenteritis, intolerancia a proteínas vacunas, diarrea crónica inespecífica, síndrome de intestino contaminado, enfermedad celiaca, fibrosis quística y especialmente complicaciones propias de la malnutrición cualquiera que fuera su origen.

En la *anamnesis* se debe investigar el *carácter esporádico o familiar* del síndrome. La *secuencia cronológica de los síntomas*, especificando si fue de comienzo neonatal o tras un intervalo libre. La *relación con la ingesta* de algún determinado

alimento (lactosa, gluten, leche de vaca). Los *antecedentes fácilmente precisables* como intervenciones quirúrgicas (intestino corto, intestino contaminado), gastroenteritis, administración de fármacos o radiaciones, enfermedades generales, etc. La *respuesta y evolución a las terapéuticas intentadas*. La existencia de *otros síntomas acompañantes* como vómitos, abdominalgias, inapetencia o bulimia, cambio de carácter, procesos respiratorios, afectación del estado general y/o nutritivo, etc. Una anamnesis bien dirigida ahorrará tiempo, gastos y molestias al paciente.

Junto a ello la *exploración física* debe ser completa, valorando especialmente el *estado nutritivo y el hábito corporal*. Aunque la constatación del peso y talla actuales tiene gran valor, es de mucho más interés tratar de recomponer la curva de crecimiento antes y después del comienzo de la diarrea. Si ésta no se afecta, sería preferible una conducta exploratoria expectante, evitando al máximo la yatrogenia.

El examen directo de las heces es una prueba sencilla y que en muchas ocasiones se olvida a pesar de que proporciona datos valiosos. Interesa constatar su aspecto, color, consistencia, olor, cantidad, etc., sin fiarse exclusivamente de lo que diga la madre.

En principio los *exámenes complementarios* se limitarán a la búsqueda de gr-

menes o parásitos en las heces, análisis sistemático de sangre con datos bioquímicos que nos orienten sobre alteraciones nutritivas (urea, proteínas totales, albúmina, transferrina, ferritina, Fe, Ca, P, fosfatasas alcalinas, colesterol) o infectivas (VSG, eventualmente inmunoglobulinas). También es útil la radiografía de carpo para valorar el grado de osificación y la edad ósea.

#### APROXIMACIÓN AL DIAGNÓSTICO DE PROCESOS ESPECÍFICOS

*Situaciones o síndromes postgastroenteritis:* Se diagnostican fundamentalmente por su aparición tras un hecho fácilmente precisable: la gastroenteritis aguda. Suelen ser niños que tras un episodio de diarrea aguda con o sin vómitos, persisten heces anormales 5-7 días después de iniciar la realimentación. Se afecta el estado nutritivo. La causa de esa complicación puede buscarse en una malnutrición previa que dificulte la recuperación de la mucosa, una intolerancia a la lactosa o a las proteínas vacunas tras una diarrea invasiva o persistencia del germen o parásito causante de la infección. Por este motivo las pruebas a realizar serán: constatación de heces líquidas, espumosas y con pH ácido, investigación de coprocultivo y parásitos y respuesta a la supresión dietética de lactosa y proteínas vacunas cambiando la fórmula habitual por una semielemental y reintroduciendo aquélla, de forma muy gradual, pasadas 6-8 semanas. Los gérmenes, que por su persistencia tienden a provocar diarrea crónica tras una gastroenteritis con mayor frecuencia son campylobacter jejunii, la yersinia enterocolítica, salmonella, shigella y la giardia.

*La intolerancia a proteínas vacunas* debe sospecharse ante un lactante pequeño que, tras un intervalo libre de duración

variable desde la introducción de leche de vaca, presenta diarrea y malnutrición, acompañada o no de vómitos, irritabilidad, dermatopatías alérgicas o bronquitis recidivantes. Es difícil su demostración mediante pruebas inmunológicas, siendo todavía hoy de mayor valor la respuesta clínica a la supresión y provocación. Por ello, y especialmente en formas no complicadas, es lícito que el pediatra extrahospitalario inicie una prueba terapéutica observando la respuesta a la supresión e instauración de una fórmula con hidrolizado de proteínas (caseína o albúmina). Tanto en caso positivo, como negativo, el niño debería ser enviado a un Centro especializado con objeto de hacer la provocación controlada en el primer caso y la investigación de la causa en el segundo.

Dentro del término *diarrea crónica inespecífica* se incluyen probablemente un conjunto de entidades cuyas características comunes son la aparición hacia los 6 meses de vida y desaparición espontánea entre los 2-3 años, sin afectar el estado nutritivo y sin síndrome infeccioso o malabsortivo. Cursa con deposiciones normales por la mañana, empeorando a lo largo del día, alternando períodos de normalidad clínica. Dada la inocuidad del cuadro y su carácter autolimitado, deben evitarse al máximo exploraciones innecesarias, limitándose a comprobar la no existencia de malabsorción y de infección: estudio analítico básico en sangre y estudio de las heces normales.

*La enfermedad celiaca* puede no evidenciarse en la actualidad el cuadro clínico clásico de diarrea progresivamente creciente, que comienza hacia los 6 meses de edad, con afectación del crecimiento, hábito corporal, humor y apetito. Por ello en el momento actual debe sospecharse ante todo niño con deposiciones anormales, anorexia y enlentecimiento en peso y especialmente en la talla e incluso en ni-

ños hipocrecidos sin constatación de diarrea. Dado que el diagnóstico de seguridad se hace exclusivamente por los datos histológicos obtenidos en la biopsia, no conviene hacer ningún intento de tratamiento o supresión dietética, que dificultaría posteriormente el diagnóstico.

La *fibrosis quística* es una entidad grave que cursa con diarrea crónica, malnutrición y procesos respiratorios recidivantes. Ante todo niño con problemas similares e incluso con la más leve sospecha es imprescindible realizar un test del sudor, ya que por la importancia del diagnóstico precoz y la inocuidad de la prueba, no debe limitarse el uso de ella.

Finalmente insistir en que la *malnutrición*, cualquiera que sea su causa inicial, determina alteraciones gastrointestinales e inmunológicas que justifican la frecuente aparición de diarrea crónica. Dado que ésta induce a su vez incremento de la malnutrición, la asistencia especializada al niño desnutrido y con diarrea es un problema urgente, que incluso postpone la realización de pruebas diagnósticas.

## TRATAMIENTO

El objetivo más importante es *prevenir y tratar la malnutrición*, incluso antes de haber llegado a un diagnóstico concreto. Sin embargo, el establecimiento de una adecuada nutrición ofrece importantes dificultades ya que, con independencia de la causa, el incremento en la velocidad de tránsito, que acompaña a toda diarrea, dificulta la digestión y absorción de los nutrientes.

Los *objetivos a conseguir* serán:

— Cubrir las necesidades para el mantenimiento de la vida y funciones orgánicas.

— Cubrir las pérdidas que se están produciendo por la diarrea.

— Asegurar el crecimiento y desarrollo, única forma de romper el círculo vicioso que perpetúa la diarrea.

— Finalmente, tratar de llegar a un diagnóstico para instaurar un tratamiento etiológico.

Lógicamente la forma de llevarlo a cabo exige una *evaluación previa*:

- 1.º Del estado nutritivo.
- 2.º De la magnitud de las pérdidas y del grado de déficit digestivo y absortivo.
- 3.º De las necesidades nutritivas, en función de la edad y tipo de enfermedad.
- 4.º De las intolerancias alimenticias causantes o secundarias de la diarrea.

Concretándonos a la *diarrea crónica del lactante menor de tres meses*, situación que en la práctica presenta más problemas, la limitada capacidad digestivo-absortiva, la facilidad con que se desnutre y la precariedad de los mecanismos de defensa inmunológica, obligan a una terapia nutricional precoz. Generalmente es obligado ofrecerle dieta sin lactosa, con hidrolizado de proteínas y con triglicéridos de cadena media y de cadena larga poliinsaturados. Es decir, instaurar una dieta semielemental que se administrará por vía oral fraccionada o en enteral continua.

Es difícil establecer una pauta determinada, ya que dependerá de la edad, del grado de afectación nutritiva, y de las pérdidas que se producen. HEIM, estudiando el gasto calórico de lactantes menores de 6 meses afectados de diarrea crónica, desnutridos, observa que es muy elevado, incluso con dieta semielemental. Y así, cuando con los aportes enterales no consiguen los objetivos nutricionales, al carecer de grasas de reserva, son consumidas proteínas propias para el mantenimiento del gasto energético, llegando a producirse una verdadera destrucción tisular. Para este autor no se cumplirían los objetivos nutricionales si no se aportan al menos 140-160 Kcal/Kg./día.

Cuando no se consigue una adecuada absorción de estos aportes por vía oral, habrá de recurrirse a la enteral continua, y si aún son insuficientes a una alimentación mixta (enteral y parenteral). No está indicada la supresión de vía oral, ya que se ha demostrado que la presencia de nutrientes en la luz, estimula la regeneración de la mucosa y la secreción de enzimas y hormonas gastrointestinales.

Las indicaciones de una nutrición parenteral exclusiva en la diarrea crónica grave del lactante han sido bien establecidas por RICOUR y son:

- Diarrea de comienzo neonatal y duración superior a 1-2 meses.
- Desnutrición superior a -3 ó 4 D.S.
- Diarrea coleriforme tras los intentos de alimentación oral o enteral.
- Alteraciones biológicas importantes del ionograma y proteinograma.
- Estado séptico importante.

En los *síndromes postgastroenteritis*, con frecuencia ligados a intolerancia secundaria a la lactosa o sensibilización a proteínas vacunas, conviene instaurar una dieta sin dichos nutrientes. Se administrará, por tanto, una dieta semielemental, manteniéndola 2-4 semanas en el caso de la lactosa y algunas semanas más si sospechamos intolerancia a proteínas vacunas, antes de hacer la prueba de provocación. Si en el coprocultivo encontramos algún germen, estará indicado el tratamiento antibiótico o antiparasitario en función de la sensibilidad. Se elegirán las drogas que actúen por vía general (parenteral u oral de absorción en tramos altos).

En la *intolerancia a proteínas vacunas* se realiza la misma terapéutica antes comentada. Aunque es un proceso autolimitado, en las formas primarias su duración puede ser cercana a los dos años, tiempo que deberá mantenerse la terapia de sustitución.

En la *diarrea crónica inespecífica* el tratamiento será exclusivamente nutricional, limitándose a disminuir el aporte de residuos y carbohidratos de alta osmolaridad. Es importante no realizar ningún otro tipo de cambio dietético ya que la obsesión por conseguir reducir la diarrea, restringiendo los aportes orales, suele con la malnutrición, de tal manera que ésta a su vez favorezca secundariamente la diarrea.

En la *enfermedad celiaca*, si no se encuentra en situación descompensada, el tratamiento es sencillo. Consistirá en la supresión absoluta del gluten de la dieta durante al menos dieciocho meses, hasta realizar la prueba de provocación. Una vez comprobada la enfermedad, la supresión dietética será de por vida. Por el contrario, en las situaciones de descompensación, los cuidados serán los mismos que los comentados a propósito de la diarrea crónica en general.

Finalmente en la *fibrosis quística* la maldigestión, la infectividad y la hipoxia crónicas contribuyen a la grave afectación nutritiva que presentan estos pacientes. En ellos es fundamental, junto a la atención de su problema respiratorio, el mantenimiento de un estado nutricional óptimo, ya que se ha comprobado que éste se correlaciona con mayores tasas de supervivencia. Nos limitaremos a comentar el tratamiento de la diarrea que es lo que aquí nos interesa.

Hasta hace pocos años la mala calidad de los fermentos pancreáticos obligaban a preconizar dietas hipograsas. En la actualidad los enzimas purificados, permiten una mejor absorción lipídica. Se dosifican de forma individual, de acuerdo a las necesidades de cada paciente y controlados por la esteatorrea. En general se utiliza un único preparado, el PANCREASE®, no sobrepasando la cantidad de 1 cápsula por Kg. La dieta será hipercalórica, hiperproteica, rica en carbohidratos de lenta absor-

ción, normograsa y suplementada en vitaminas liposolubles. Por el contrario se evitarán alimentos que aceleren el tránsito

intestinal como los ricos en fibras o los que incrementen la osmolaridad como los monosacáridos.

## BIBLIOGRAFIA

- RICOUB, C.; NAVARRO, J.; FREDERICH, A.; GUI SOLFI, J.; RIEU, D. y DUHAMEL, J.-F.: *La diarrhée grave rebelle du nourrisson*. Arch. Franç. Pédi. 1977; 34: 844-851.
- SÁNCHEZ VILLARES, E.; ALONSO FRANCH, M. y GAMARRA, C.: *Diarreas crónicas. Planteamiento diagnóstico*. En *Pediatría Básica*. Ed. E. Sánchez Villares. Idepsa, Madrid 1980; pp. 438-445.
- BINDER, H. J.: *New approaches to antidiarrheal therapy*. En *Chronic Diarrhea in Children*. Ed. E. Lebenthal. Workshop Series vol. 6. Raven Press, Nueva York 1984, pp. 437-444.
- HAMILTON, J. R.: *Nutritional therapy of chronic diarrhea*. En *Advances in Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. Ed. E. Lebenthal. Excerpta Medica, Amsterdam 1984 pp. 125-139.
- HEIM, T.: *Nutrient requirements in diarrhea of infancy and childhood*. En *Advances in Gastroenterology and Nutrition*. Ed. E. Lebenthal. Excerpta Medica, Amsterdam 1984, pp. 72-95.
- ANDERSON, CH. M.: *Other disorders of the small intestine associated with persistently abnormal stools*. En *Paediatric Gastroenterology* (2.<sup>a</sup> Edición). Ed. Ch. M. Anderson, V. Burke y M. Gracey. Blackwell Scientific Publications, Melbourne 1987, pp. 401-447.
- LEVI, J.: *Diarrhea*. En *A Practical Approach to Pediatric Gastroenterology*. Ed. J. Levi. Y.B.M.P., Chicago 1988.