

Diarrea crónica

Dr. Ricardo Santoyo Valenzuela*

* Hospital Aranda de la Parra, Servicio de Gastroenterología, León, Guanajuato, México.

La mayoría de las presentaciones relacionadas con la diarrea crónica que se dieron este año fueron sobre la diarrea que acompaña al síndrome de intestino irritable y sobre la diarrea con que frecuentemente cursan las colitis microscópicas. En el presente escrito me voy a referir a los principales trabajos que se presentaron sobre diarrea funcional y sobre algunos aspectos de las colitis microscópicas.

DIARREA FUNCIONAL

Definición

Un grupo de expertos encabezados por el Dr. D. Drossman presentaron, durante la DDW de Los Ángeles, los criterios de Roma III¹ y señalaron que la diarrea funcional es: “Un síndrome continuo o recurrente caracterizado por evacuaciones flojas o acuosas sin dolor o molestia abdominal”.

Frecuencia

No se conoce y hay pocos estudios al respecto, la mayoría relacionados con la diarrea que acompaña al síndrome de intestino irritable. Se sabe que se presenta en > 2% de los sujetos que se ven en la consulta de medicina general.

El Dr. Fang² y cols. estudiaron una cohorte de 2,486 sujetos en Beijing y encontraron que 21.9% de ellos tenían diarrea funcional, y el resto diversos trastornos funcionales gastrointestinales con gran sobreposición de síndromes.

Hasta en 20% la diarrea crónica fue la indicación para someter a exploración con videocápsula, a un grupo de pacientes mayores de 50 años estudiados por el Dr. Adnan Muhammed³ y sus colegas del Hospital Universitario de San Pedro, en NJ, EUA.

Cuadro clínico y diagnóstico

La manifestación clínica más importante de los trastornos funcionales gastrointestinales y en particular de la diarrea funcional es la alteración en la consistencia y

forma de las heces más que en la anormalidad de las evacuaciones. Los expertos de Roma III insistieron nuevamente que, para hacer el diagnóstico de diarrea o de estreñimiento, hay que tener más en cuenta las características de las heces. Insisten en que utilizando la escala de Bristol se puede, de manera simple, práctica y fácil, saber si el paciente tiene o no diarrea o estreñimiento.

De acuerdo con los criterios actuales de Roma III, cualquier sujeto que tenga heces flojas o acuosas (Bristol 6 y 7) en al menos 75% de las ocasiones durante tres meses, en los últimos seis meses (en lugar de 12 meses de Roma II), sin dolor, tiene diarrea funcional.

En la práctica clínica de todos los días, sin embargo, muchos pacientes pueden reunir estos criterios y ser “etiquetados” como portadores de una diarrea funcional y en realidad tener un problema orgánico, en ocasiones grave. A este respecto el Dr. Fernández-Banares⁴ y su grupo presentaron un interesante trabajo realizado en 62 pacientes con diarrea acuosa crónica que reunían los criterios de Roma II y tenían diversos estudios de laboratorio sin alteraciones, colonoscopia y biopsias de colon normales. A todos se les hizo determinación de genotipos HLA, DQ2 y DQ8, a algunos biopsia yeyunal, investigación de absorción de sales biliares mediante Se HCAT y pruebas de aliento para valorar mala absorción de azúcares. De acuerdo con resultados, a unos se les dio dieta sin gluten o sin azúcares o colestiramina por 12 meses. Al cabo de todo este proceso encontraron que nueve tenían enteropatía sensible al gluten, 29 mala absorción de sales biliares, diez mala absorción de azúcares, dos tenían sprue y mala absorción de sales biliares y sólo 12 tenían realmente diarrea funcional. Los autores concluyen que el diagnóstico de diarrea funcional debe hacerse con precaución y en algunos casos sólo después de descartar problemas orgánicos y padecimientos como los encontrados en sus pacientes.

Se presentaron varios trabajos sobre calprotectina, un marcador derivado de leucocitos que traduce inflamación y que está presente en padecimientos orgánicos graves como tumores intestinales o enfermedades inflamatorias como CUCI y Crohn. Oliver Schroeder y cols.,⁵ de la Universidad de Goethe en Frankfurt, informaron que la cuantificación de calprotectina monoclo-

nal fecal es un buen método para distinguir entre enfermedad inflamatoria intestinal y síndrome de intestino irritable con predominio de diarrea, ya que en los primeros se eleva a valores superiores a 593 mg/g mientras que en los segundos sólo alcanzan cifras de 7 mg/g. Yogesh Shastri,⁶ de la misma Universidad, informó de sus experiencias con una nueva prueba de inmunocromatografía que puede realizarse en el consultorio o en la cabecera del paciente en forma rápida y sencilla y que es comparable con el método convencional de Elisa. Finalmente, Gianmichele Meucci⁷ y su grupo informaron de su trabajo realizado en hospitales de varias ciudades de Italia, con 870 pacientes con diarrea crónica de diversa etiología y a los cuales se les cuantificó calprotectina en heces y colonoscopia, encontrando que ésta se encontraba muy elevada (> 50 mg/kg) en pacientes con cáncer colorrectal y con enfermedades inflamatorias del intestino y baja en pacientes con diarrea o dolor abdominal. Concluyen que el encontrar cifras bajas de calprotectina ayuda a descartar procesos orgánicos serios.

Tratamiento

No hay un tratamiento específico. Hay muy pocos trabajos publicados, la mayoría de ellos sobre la diarrea que acompaña al síndrome de intestino irritable. Como es posible que este último y la diarrea funcional pudieran compartir alguna alteración fisiopatológica es razonable pensar que un medicamento específico pudiera ser útil en ambos padecimientos. Tal es el caso de este nuevo grupo de antagonistas de los receptores 5HT₃ como son el alosetron y el cilansetron. Varios trabajos fueron presentados, todos, sin excepción, patrocinados por la industria.

La Dra. Susan Gordon,⁸ de NC, EUA, demostró que dosis bajas de alosetron (0.5 mgQD) son superiores al placebo para mejorar la calidad de vida en mujeres con síndrome de intestino irritable y diarrea severa. Resultados semejantes encontró el Dr. Richard Krause⁹ con alosetron a dosis de 0.5 y 1 mg QD en la mejoría global de los síntomas, también en mujeres con diarrea severa y síndrome de intestino irritable.

El Dr. Miner, de OK; y el Dr. Novick, de MD, EUA,¹⁰ encontraron que el cilansetron a las dosis de 2 mg TID es superior al placebo para mejorar la calidad de vida hasta por 52 semanas, tanto en mujeres como en hombres con síndrome de intestino irritable con predominio de diarrea. Resultados muy semejantes a los del estudio anterior obtuvieron la Dra. Lucinda Harris, de

AZ, y Bramen Kuo, del Mas General,¹¹ con cilansetron, a las mismas dosis, en varones y hembras con diarrea e intestino irritable.

COLITIS MICROSCÓPICAS

Varios trabajos se presentaron sobre estas enfermedades no tan comunes que cada día se reconocen más como causantes de diarrea crónica.

Frecuencia

No se conoce. Los Dres Hotta y Oyama,¹² del Hospital Central de Saku en el Japón, estudiaron un grupo de 27 pacientes con diarrea crónica y encontraron que la causa más frecuente de ésta fueron las colitis colagenosa y la linfocítica, pues se identificaron en 44.4% de los casos.

Etiología

Aunque la causa o las causas de estas formas peculiares de colitis no se conocen, el ya mencionado Dr. Fernández,¹³ de Terrassa, España, encontró, en un estudio de casos y controles, que los sujetos con colitis linfocítica y colitis colagenosa consumieron una mayor cantidad de medicamentos diversos (AINE, SSRI, betabloqueadores, estatinas, etc.) que los del grupo control. Concluyen que si bien no hay suficientes bases para asegurar que tales medicamentos puedan ser causa o sólo agravar el padecimiento, sí es factible pensar que tuvieran algo que ver en su patogénesis.

Evolución

Un interesante trabajo fue presentado por un grupo de gastroenterólogos alemanes encabezados por el Dr. Madish¹⁴ y su grupo, quienes estudiaron a un grupo de 65 pacientes con colitis colagenosa y observaron su evolución durante 10 años. Después de ese lapso sólo 47 pudieron ser evaluados: 23.4% continuaban con diarrea, en 8.5% de los sujetos estudiados la diarrea había mejorado y en casi la mitad (48.9%) se había quitado por completo. Dicen que la colitis colagenosa debe considerarse como una enfermedad benigna y de larga evolución.

Diagnóstico

Uno de los problemas de estas colitis es su diagnóstico, ya que siendo precisamente microscópicas, la muco-

sa luce normal cuando se le observa a través de un endoscopio y es por ello que desde hace tiempo se viene recomendando, que si se piensa en ella, hay que tomar biopsias de varios sitios del colon por más que éste tenga una apariencia normal.

Los Dres. Paski y Wightman¹⁵ realizaron un trabajo de gran interés práctico. A 85 sujetos sanos les tomaron biopsias trasendoscópicas de la mucosa del ciego y del recto y al compararlas observaron que en el ciego hay normalmente elementos inflamatorios mientras que en el recto no. La conclusión lógica es la recomendación de tener esto en cuenta al tomar e interpretar las biopsias que se tomen del ciego.

Novedoso y prometedor parece ser el método de endomicroscopio láser confocal, utilizado por un grupo de investigadores alemanes liderados por el Dr. Kiesslich¹⁶ y su grupo, ellos utilizaron un endoscopio-microscopio de la casa Pentax e inyección de fluoresceína intravenosa con lo cual se pueden "hacer cortes" *in vivo* y así poder localizar y cuantificar la cantidad de colágena y de linfocitos en la mucosa del colon durante la exploración endoscópica. La correlación con los hallazgos de la biopsia es de 100%.

El valioso recurso anterior, al igual que los promisorios resultados de las investigaciones que se están realizando en diversas partes del mundo, en el campo de estas formas de colitis ayudarán, sin duda alguna, a un manejo más adecuado de los pacientes con diarrea crónica.

REFERENCIAS

- Langstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006; 130: 1487-8
- Fang Y, Ke M, Pan G-Z, et al. Functional gastrointestinal disorders: overlapping symptom or a single complex syndrome? A stratified randomized epidemiologic study using cluster sampling in Northern China. *Gastroenterology* 2006; 130(Suppl. 2): A-513 (T1278).
- Muhammad A, Akula Y, Pitchumoni CS. Role of wireless capsule endoscopy (WCE) in geriatric gastroenterology. *Gastroenterology* 2006; 130(Suppl. 2): A-477 (T1119)
- Fernandez-Banares F, Esteve M, Alsina M, et al. Systemic evaluation of the causes of chronic diarrhea with functional characteristics. *Gastroenterology* 2006; 130(Suppl. 2): A-318 (M1178).
- Schroeder O, Naumann M, Shastri Y, et al. Comparative evaluation of the diagnostic accuracy of fecal markers in the identification of intestinal inflammation: appraisal for monoclonal calprotectin. *Gastroenterology* 2006; 130(Suppl. 2): A-210 (S1363).
- Shastri Y, Povse N, Stein J. Comparative study of new rapid bedside fecal calprotectin test with an established ELISA to assess intestinal inflammation in a prospective study. *Gastroenterology* 2006; 130(Suppl. 2): A-200 (S1314).
- Meucci G, D'Inca R, Maieron R, et al. Diagnostic value of faecal calprotectin in unselected outpatients referred for colonoscopy. A multicenter prospective study. *Gastroenterology* 2006; 130(Suppl. 2): A-216 (S1391).
- Gordon S, Ameen V, West M, et al. Impact of 0.5 mg QD and 1 mg BID alosetron on quality of life (QoL) and productivity in woman with, severe diarrhea-predominant IBS (D-IBS). *Gastroenterology* 2006; 130(Suppl. 2): A-158 (S1122).
- Krause R, Ameen V, Gordon S, et al. Safety and efficacy of 0.5 mg QD, 1 mg QD and 1 mg BID alosetron hydrochloride in women with chronic, severe diarrhea-predominant IBS (D-IBS). *Gastroenterology* 2006; 130(Suppl. 2): A-320 (M1187).
- Miner P, Novick J. Long-term quality of life in patients with irritable bowel syndrome with diarrhea predominance (IBS-D) receiving cilansetron 2 mg TID: results from a 52-week extension trial. *Gastroenterology* 2006; 130(Suppl. 2): A-598 (T2036).
- Harris L, Kuo B. Quality of life improves in both male and female patients with irritable bowel syndrome with diarrhea predominance following 12 weeks of cilansetron treatment as part of a placebo-controlled rerandomization trial. *Gastroenterology* 2006; 130(Suppl. 2): A-601 (T2048).
- Hotta K, Oyama T. Microscopic colitis is not so rare disease in the Japanese population. *Gastroenterology* 2006; 130(Suppl. 2): (T1382).
- Fernandez-Banares F, Esteve M, Espinos J, et al. Chronic drug consumption and risk of microscopic colitis (MC): A case-control Study. *Gastroenterology* 2006; 130(Suppl. 2): A-220 (S1406).
- Madisch A, Miehke S, Lindner F, et al. Collagenous colitis- A ten year follow-up study. *Gastroenterology* 2006; 130(Suppl. 2): A-621 (W1041).
- Paski SC, Wightman R, Robert M, et al. The cecum is inflamed in health: the danger of considering a diagnosis of microscopic colitis with right colon biopsies. *Gastroenterology* 2006; 130(Suppl. 2): A-461 (T1039).
- Kiesslich R, Hoffman A, Goetz M. In vivo diagnosis of microscopic colitis by confocal laser endomicroscopy. *Gastroenterology* 2006; 130(Suppl. 2): A-311 (M1145).