

Diarrea funcional como causa de diarrea crónica

Functional diarrhea as cause of chronic diarrhea

Trini Fragoso Arbelo

Especialista de II Grado en Gastroenterología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Investigadora Titular y Profesora Consultante de Pediatría de la Facultad de Ciencias Médicas "Comandante Manuel Fajardo". La Habana, Cuba.

RESUMEN

La diarrea funcional se presenta con frecuencia en la práctica pediátrica, y generalmente no se asocia a alteraciones nutricionales, pero sí a esquemas dietéticos incorrectos. Se actualiza su importancia clínica, se hace énfasis en la patogenia, diagnóstico y en los métodos de tratamiento. Consideramos que es la causa más frecuente de diarrea crónica inespecífica, y que el interrogatorio dirigido según los criterios de Roma es útil para su diagnóstico. La mayoría de los pacientes con esta enfermedad en la infancia deben ser tratados en la atención primaria.

Palabras clave: Diarrea funcional, diarrea crónica inespecífica, colon irritable de la infancia, criterios de Roma.

ABSTRACT

The functional diarrhea is frequent in the pediatric practice and in general it is not associated with nutritional alterations, but to incorrect dietary schemes. Its clinical significance is updated and its pathogenesis, diagnosis and treatment methods are emphasized. Authors considered that the functional diarrhea is the more frequent cause of unspecific chronic diarrhea and the questioning directed according the Rome criteria is very useful for its diagnosis. Most of patients presenting with this disease during childhood must to be treated in primary care services.

Key words: Functional diarrhea, unspecific chronic diarrhea, childhood irritable colon, Rome criteria.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos funcionales gastrointestinales se pueden definir como una combinación variable de síntomas gastrointestinales crónicos o recurrentes que no pueden ser explicados por anomalías estructurales o bioquímicas. La frecuencia es variable, y por ser pacientes generalmente ambulatorios, hay pocos estudios epidemiológicos; en adultos se plantea entre un 35-40 %.

Los criterios básicos son los síntomas crónicos o recurrentes durante al menos 2 meses, síntomas que no pueden ser atribuidos a otra enfermedad digestiva tras una adecuada revisión médica. A finales de la década de 1990, el estudio de los trastornos funcionales gastrointestinales, basado en la sintomatología y las anomalías motoras de los distintos segmentos digestivos, permitió delimitar 4 grandes síndromes de la edad pediátrica, y con ello, surgen los *Criterios de Roma*, basados en la sintomatología y las anomalías motoras de los distintos segmentos digestivos, que son los actualmente vigentes para estos trastornos funcionales.¹⁻³

Por su elevada prevalencia, sus dificultades terapéuticas, y por su costo económico para el sistema de salud, los pacientes con estos trastornos constituyen un reto para el médico general integral, el pediatra y el gastroenterólogo. La intervención del médico general integral es muy importante, tanto por el examen clínico como por su proximidad al entorno social y familiar, lo cual posibilitará un conocimiento más exacto de las condiciones psicológicas estresantes y de otro tipo que desencadenan los episodios sintomáticos. La buena relación médico-paciente es una de las medidas terapéuticas esenciales.

DESARROLLO

La diarrea funcional, también llamada diarrea del niño pequeño, diarrea crónica inespecífica, o colon irritable de la infancia, se asocia a otras anomalías funcionales de la motilidad y antecedentes de alimentación excesiva con ingestión exagerada de líquidos (> 120 mL/kg/día). Es una diarrea acuosa, con moco, y restos de alimentos vegetales; no hay presencia de diarrea nocturna, comienza generalmente después de los 6 meses y persiste hasta los 5 años. Se aprecia buen crecimiento y desarrollo en el niño que la presenta, y el diagnóstico se realiza por exclusión.

La diarrea funcional fue descrita por primera vez en 1966 por *Davidson y Wasserman*.⁴ Generalmente no se asocia con alteraciones nutricionales, pero sí con esquemas dietéticos incorrectos, como el consumo excesivo de líquidos (bebidas carbonatadas, zumos de frutas, etc.), golosinas, productos dietéticos que contienen fructosa o sorbitol (alcohol edulcorante no absorbible), así como la ingestión pobre de grasa y fibra vegetal.⁵⁻⁷

La sintomatología diarreica comienza generalmente después de un episodio diarreico agudo, y adopta diferentes formas, como han informado otros autores.^{2,8-11} La diarrea funcional es motivo de consulta frecuente en la infancia, y presenta un serio problema en la dinámica familiar.

En los niños normalmente existe el patrón duodenal de ayuno (complejos motores migratorios recurrentes, acompañados de ondas peristálticas propulsoras del contenido intestinal), y el patrón posprandial (actividad duodenal segmentaria y aleatoria). Normalmente, la presencia de comida o dextrosa en el duodeno interrumpe el patrón de ayuno y da lugar al patrón posprandial, pero no sucede así en los niños con diarrea funcional, en los que se ha estudiado cómo los complejos motores migratorios del ayuno no son interrumpidos tras la instilación intraduodenal de glucosa. Este tiempo de tránsito intestinal corto, comparado con los controles normales, podría jugar un importante papel en la patogénesis.¹

En el 2006, la definición de los criterios de ROMA III para el grupo de edad del neonato al preescolar, consistió en un consenso basado en la experiencia clínica y en una revisión de la literatura científica. Los cambios realizados, fundamentados en la evidencia disponible, convirtieron estos criterios en una herramienta de utilidad en la investigación y en la asistencia, evitaron estudios innecesarios, y permitieron un tratamiento integral del paciente.³ Deben incluirse todos los criterios siguientes:

1. Eliminación sin dolor de 3 o más deposiciones blandas disgregadas por día.
2. Síntomas de al menos 1 mes de evolución.
3. Inicio de los síntomas entre los 6 y los 36 meses de edad.
4. Deposiciones que no ocurren durante el sueño (en general agrupadas por la mañana).
5. No hay fallo del crecimiento si la ingesta calórica es adecuada.

Patogenia

Se han argumentado distintos mecanismos: aumento de las secreciones intestinales, aumento en heces de sales biliares, alteración en la motilidad intestinal, ingestión excesiva de líquidos (> 120 mL/kg/día) y una dieta escasa en grasas y abundante en carbohidratos, unido a la ingestión excesiva de líquidos (bebidas carbonatadas, zumos de frutas o compotas), o de golosinas o productos dietéticos que contienen fructosa o sorbitol, lo cual puede estar influido por el medio familiar o por la prescripción médica ante la presión de suprimir alimentos por la aparente intolerancia referida por los padres.^{7,11-16}

Diagnóstico

Se interrogará acerca de las causas de diarrea crónica y se excluirán la infección entérica, la ingestión de laxantes, la infección del tractus urinario y el uso de antibióticos. Es necesario descartar algunas enfermedades de relativa frecuencia, como giardiasis, criptosporidiosis o infección por *Clostridium difficile*.^{8,14,17,18}

Una historia dietética determina, en la mayoría de los casos, el mecanismo de la diarrea, que parece estar vinculado al consumo excesivo de líquidos (bebidas carbonatadas, zumos de frutas, etc.), o de golosinas o productos dietéticos que contienen fructosa o sorbitol, o a la ingestión excesiva de carbohidratos o de alimentos alergénicos. También se ha propuesto una relación patogénica con la ingestión de dietas pobres en grasa y con trastornos de la motilidad intestinal. En ausencia de fallo del crecimiento, un síndrome de mala absorción es insostenible.

Con mucha frecuencia, los niños con esta enfermedad son sometidos a dietas excluyentes de lactosa o de otros componentes de los alimentos, con la idea errónea de que padecen de una intolerancia a la lactosa, que rara vez se presenta

en un niño que no esté sufriendo una enteropatía específica que esté comprometiendo visiblemente su capacidad de absorción. Al imponer un tratamiento dietético muy restrictivo al paciente, se llega fácilmente a la malnutrición, lo cual es un fenómeno comúnmente observado: que los niños detengan su curva ponderal a causa de las diferentes dietas restrictivas a que es sometido.

En el servicio ambulatorio del Hospital Pediátrico Universitario "Pedro Borrás", con el objetivo de determinar la evaluación nutricional en la diarrea funcional y la influencia de la dieta en su aparición, se realizó un estudio descriptivo transversal en los pacientes menores de 36 meses atendidos en la consulta de gastroenterología con diagnóstico de diarrea crónica durante 2 años.^{19,20} Se les realizó una encuesta de los síntomas a los padres o tutores y el examen físico completo en la primera visita según los criterios de Roma. Utilizando las tablas nacionales cubanas se realizó la evaluación nutricional antropométrica de peso para la talla (P/T), talla para la edad (T/E), peso para la edad (P/E) e índice de masa corporal para la edad (IMC/E). Se consideraron 44 pacientes con diarrea funcional entre 6 y 36 meses (media 17 meses) 59,1 % del sexo masculino. Se supo que la edad de inicio de los síntomas fue entre los 6-12 meses (21, para un 47,7 %), y entre los 13 y 24 meses en 13 niños para un 29,6 %. Comenzó después de un episodio de diarrea aguda en 19 (43,1 %), estaban desnutridos 5 para un 11,4 %, eran obesos 4 (9,1 %), tenían antecedentes de giardiasis 8 (18,2 %), y 2 (4,5 %) presentaban prolapso rectal. En todos los casos, el diagnóstico fue confirmado con la respuesta satisfactoria al régimen dietético adecuado durante el seguimiento.

Como se ha dicho, la diarrea funcional se presenta con frecuencia en la práctica pediátrica, y generalmente no se asocia con alteraciones nutricionales, pero sí con esquemas dietéticos incorrectos. Las características clínico epidemiológicas encontradas se correspondieron a los criterios establecidos para la diarrea funcional, según los criterios de Roma. Las características de las deposiciones en cuanto a horario, consistencia y frecuencia coincidieron también con lo planteado en esta enfermedad.

No hubo afectación nutricional relevante, como se plantea en estos pacientes. La evaluación dietética demostró una alimentación no saludable, fundamentalmente por el consumo poco variado, no equilibrado, ni adecuado de los alimentos, que contribuyó a la génesis de las diarreas. La diarrea funcional es frecuente en nuestro servicio ambulatorio de gastroenterología como una de las primeras causas de diarrea crónica. El diagnóstico basado en los síntomas clínicos, según los criterios de Roma, es útil en el diagnóstico y evolución de los pacientes.

Tratamiento

Es importante evitar dietas restrictivas que pueden inducir a deprivación calórica, la dieta debe ser balanceada, normocalórica y rica en fibra vegetal y grasas. Debe evitarse el abuso de sacarosa y todos los alimentos que en su hidrólisis den lugar a fructosa y sorbitol (la miel de caña, frutas, hortalizas y repollos por su contenido en fructosa; y los guisantes y zanahorias, por su contenido en sacarosa), porque incrementan el agua en las heces. El manejo racional de la diarrea funcional debe basarse en la prescripción de un esquema de alimentación absolutamente normal, con supresión o reducción de los líquidos o golosinas ya mencionados, así como también de los líquidos fríos y la ingestión frecuente de alimentos entre las comidas principales, con el objeto de evitar la hipermotilidad intestinal.

El uso de antibióticos, medicamentos antidiarreicos y dietas de eliminación no tiene fundamentos racionales ni ventajas terapéuticas y debe contraindicarse. Además de una alimentación normal, el pediatra debe proporcionar su apoyo y consejo a la familia, debido a que los padres se muestran ansiosos y preocupados ante la persistencia del síntoma y los repetidos tratamientos sin mejoría evidente. Los niños se recuperan espontáneamente y usualmente no necesitan tratamiento. Brindar seguridad y confianza a los padres es importante.

Llevar la dieta diariamente y un diario de defecación, ayuda a asegurarles a los padres que no hay alimentos específicos responsables del cuadro clínico. Para alcanzar una regulación de la diarrea, hay experiencias beneficiosas con el uso de probióticos como el *Saccharomyces boulardii* y la fibra vegetal por períodos cortos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hyams J, Colletti R, de Morais MB, Faure C, Gabriel-Martínez E. Functional Gastrointestinal Disorders. In. World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology & Nutrition. Report of the Working Groups. 2000. p. 75-82.
2. Rasquin-Weber A, Hyman PE, Cucchiara S, Fleisher DR, Hyams JS, Milla PJ, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. Gut. 1999;45(suppl II):1160-8.
3. Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher, Taminiou J. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate Toddler. ROMA III. Gastroenterology. 2006;130(5):1519-26.
4. Davidson M, Wasserman R. The irritable colon of childhood (chronic nonspecific diarrhea syndrome). J Pediatr. 1966;69:1027-38.
5. Cohen SA, Hendricks KM, Mathes RK, Laramie S, Walker WA. Chronic non-specific diarrhea: dietary relationships. Pediatrics. 1979;64:402-7.
6. Hill RE, Kamath KR. "Pink" diarrhoea. Osmotic diarrhea from a sorbitol-containing vitamin C supplement. Med J Aust. 1982;1:387-9.
7. Greene HL, Ghishan FK. Excessive fluid intake as a cause of chronic diarrhea in young children. J Pediatr. 1982;102:836-40.
8. Gryboski J, Walker WA. Síndrome de diarrea crónica inespecífica en la niñez. En: Problemas gastrointestinales en el lactante. Buenos Aires: Editora Médica Panamericana; 1985. p. 574-5.
9. Boyle JT. Diarrea crónica. In Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM, Eds. Tratado de Pediatría de Nelson. 15 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000. p. 1385-92.
10. Salazar Lindo E, Allen S, Brewster DR, Elliot EJ, Fasano A, Phillips AD, Sanderson IR, Tarr PI. Intestinal Infections and Environmental Enteropathy: Working Group Report of the Second World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. J Pediatric Gastroenterol Nutr (JPGN). 2004;39:S662-9.

11. García JI, de Manueles J. Diarrea crónica inespecífica. Síndrome de colon irritable. En: Tratamiento en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. SEGPHNP. Madrid: Ergon; 2004. p. 79-85.
12. Fenton TR, Harries JT, Milla PJ. Disordered small intestinal motility: a rational basis for toddler's diarrhea. Gut. 1983;24:897-03.
13. Hyams JS, Leichtner AM. Apple juice. An unappreciated cause of chronic diarrhea. Am J Dis Child. 1985;139:503-5.
14. Ling Koda, YK. Síndrome do colo irritable. Diarrea crónica na infancia. Sao Paulo: Sarvier; 1986. p. 222-6.
15. Davidson M. Chronic Nonspecific Diarrhea: Irritable Bowel Syndrome. Lebenthal E, ed. Textbook of Gastroenterology and Nutrition in Infancy. New York: Raven Press Ltd.; 1989. p. 1187-91.
16. Devor DC, Sekar MC, Frizzell RA, Duffey ME. Taurodeoycholate activates potassium and chloride conductances via an IP3-mediated release of calcium from intracellular stores in a colonic cell line (T84). J Clin Invest. 1993;92:2173-81.
17. Roy CC, Silverman A, Alagille D. Chronic nonspecific diarrhea. In: Pediatric Clinical Gastroenterology. St. Louis: Mosby; 1995. p. 259-62.
18. Kamath KR. Other Gastrointestinal Disorders. In: Wilker-Smith, Hamilton, Wilker Eds. Practical Pediatric Gastroenterology. 2da. ed; Ontario: Decker Inc. Hamilton; 1996. p. 258-69.
19. Fragoso T, Díaz T, Rivas D, Mayo E, Toledo I. Diagnóstico de la diarrea funcional según criterios de Roma II. Revista Gastroenterología México. 2006;71 (Supl 2):132-3.
20. Díaz T, Sánchez Y, Fragoso T, Cardona M, Díaz JR. Evaluación nutricional del niño con diarrea funcional. Rev Cubana Pediatr. 2007;79(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312007000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es Consultado: 30 de noviembre de 2007.

Recibido: 5 de enero de 2010.
Aprobado: 22 de febrero de 2010.

Trini Fragoso Arbelo. Hospital Pediátrico Universitario "Pedro Borrás Astorga". Servicio de Gastroenterología y Nutrición. Calle F y 27, El Vedado, municipio Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba. Correo electrónico: fragoso@infomed.sld.cu