

CAPÍTULO XVIII

Diarrea aguda

Fernando Sierra, MD
Jefe, Sección de Gastroenterología
Fundación Santa Fe de Bogotá

La diarrea aguda (DA) se define como el cuadro caracterizado por la presencia de deposiciones incrementadas en frecuencia (más de 2-3 en el día), con alteración en la consistencia (generalmente líquidas), asociadas o no a síntomas generales (fiebre, escalofrío, náuseas o cólicos abdominales) y con duración no mayor de una semana.

EPIDEMIOLOGÍA

Más del 95% de los casos de DA son autolimitados y no necesitan ni pruebas paraclínicas ni tratamiento específico.

Ciertos síntomas clínicos (fiebre, cólicos abdominales, sangre en las heces), signos (leucocitos en la materia fecal, sangre oculta, anemia y eosinofilia) y algunos aspectos del medio ambiente del paciente donde potencialmente adquiere la diarrea (hospitalización, uso de antibióticos, quimioterapia, viajes al exterior) incrementan la posibilidad de identificar el agente causal patógeno en 10-20% de los casos.

Los cuadros de diarrea nosocomial casi nunca son producidos por bacterias o parásitos ente-

roinvasivos. El *Clostridium difficile* es el agente causal en 20-30% de los casos.

ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS

Para la mayoría de los pacientes con cuadros de DA leve o moderada, no se indica ninguna prueba diagnóstica.

En pacientes con cuadros severos o tóxicos, o en el contexto de un cuadro de diarrea en un paciente inmunodeprimido, es importante realizar cultivos de las materias fecales para identificar patógenos bacterianos invasivos, en especial para *E coli* 0157:H7.

Un solo cultivo es suficiente para identificar la mayoría de patógenos que producen cuadros de entero-invasividad; en cambio. En casos de diarrea por parásitos o *Clostridium difficile*, se requiere el cultivo de al menos tres muestras de materia fecal (Tabla No. 1).

La endoscopia del colon es innecesaria en la mayoría de los casos de DA. En pacientes con cuadros severos, donde no se logra el cultivo del patógeno causal, o en casos que se prolonguen más de dos semanas, se indica la realización del examen endoscópico.

TABLA No. 1 - CARACTERÍSTICAS OPERATIVAS DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN LA DIARREA AGUDA

Pruebas Diagnósticas	Sensibilidad, %	Especificidad, %	Likelihood Ratio	
			Resultado Positivo	Resultado Negativo
Infección enteroinvasiva				
Leucos en heces	20-90	20-90	0,25-9,0	0,11-4,0
Sangre oculta	20-90	20-90	0,25-9,0	0,11-4,0
Infección parásitos				
Examen O & P	80-90	80-90	4,0-5,0	0,10-0,20
EIA+ o DFA+	90-95	95-99	18-95	0,05-0,11
<i>Clostridium difficile</i>				
Cultivo fecales	95	95	19	0,05
Cultivos toxina tisular	67	99	67	0,33
EIA	70-95	95-99	14-95	0,05-0,32

*EIA = enzyme immunoassay (inmunoanálisis enzimático). DFA = direct fluorescent antibody (anticuerpo fluorescente directo). Examen O & P: examen para huevos (ova) y parásitos.

RECOMENDACIONES

Para el adecuado tratamiento del paciente con diarrea aguda las siguientes son las recomendaciones propuestas:

1. Ante la ausencia de fiebre, deshidratación o hematoquezia, el manejo del paciente con DA debe estar más dirigido a controlar los síntomas que a proveer un diagnóstico y tratamiento específico y altamente depurado. Las razones para esta recomendación son:
 - a) La gran mayoría de los pacientes tienen un cuadro clínico autolimitado que es fundamentalmente producido por virus (agente Norwalk, Rotavirus).
 - b) Las pruebas para el diagnóstico etiológico preciso (como cultivo de materia fecal o investigación fecal de huevos o parásitos) pueden ser muy costosas.
 - c) Casi todas las enfermedades de causa no viral remiten espontáneamente en una semana. Además, en las fases tempranas de la DA el tratamiento debe estar dirigido a prevenir o reducir la deshidratación, aliviar los síntomas y evitar

los factores dietéticos que puedan prolongar la enfermedad.

El suero de rehidratación oral, a base de electrolitos con glucosa, debe ser suministrado a todos aquellos pacientes incapaces de mantener su estado de hidratación solamente con dieta líquida clara.

En pacientes con dolor abdominal severo tipo cólico se pueden prescribir en forma cuidadosa antidiarréicos a base de peptina, loperamida o difenoxilato, los cuales pueden ayudar a retornar más pronto a la normalidad, e incluso pueden disminuir la pérdida de líquidos.

Es frecuente que los cuadros clínicos de DA (vírales o parasitarios de intestino delgado) se acompañen de un déficit transitorio (por semanas o meses) en la actividad de la disacaridasa lactasa. Por tal razón a todos los pacientes con el cuadro de DA se les debe indicar una dieta carente de lactosa. Esta recomendación evita un sinnúmero de contratiempos y gastos innecesarios en cuadros clínicos que se hacen prolongados por dietas mal prescritas.

- 2) El examen coproscópico, en que se tiñe una muestra de materias fecales con el colorante de Wright, permite identificar en forma bastante adecuada la presencia de leucocitos; es de fácil ejecución, altamente disponible, barato y con una razonable sensibilidad y especificidad (cerca de 75%) para establecer el diagnóstico de diarrea invasiva de origen infeccioso, ya sea bacteriana o amibiana. Si el examen muestra menos de tres leucocitos por campo, se debe continuar la terapia sintomática antes de indicar el cultivo de materia fecal o sangre u otras pruebas más costosas y complicadas como serían PCR o serología para parásitos o virus exóticos o poco frecuentes.
- 3) Si la diarrea sigue sintomática por más de una semana se debe practicar un cultivo de materia fecal y, además, realizar sigmoidoscopia con el fin de observar la mucosa y ver la necesidad de tomar biopsias. Ante la sospecha de giardias (carácter clínico, epidemiología local, etc.) se puede administrar tratamiento empírico a base de metronidazol, ya que este parásito difícilmente se visualiza en la materia fecal.
- 4) Cuando se decide realizar cultivo de materia fecal, en todos se debe indicar además un cultivo en medio selectivo para *Campylobacter fetus* subespecie *jejuni* debido a que este microorganismo:
 - a) es la causa más común de diarrea en adultos.
 - b) puede asumir clínica y endoscópicamente la apariencia de enfermedad inflamatoria intestinal o de una diarrea pseudomembranosa.
 - c) puede causar enfermedad que dura varios meses, y
 - d) el tratamiento con eritromicina suele acortar significativamente el curso de la misma.
La *Aeromonas hydrophila* es reconocida actualmente como una causa importante de DA en adultos, particularmente en pacientes que han recibido antibióticos recientemente o que han consumido agua no tratada. La bacteria es sensible a trimetropim-sulfa o ciprofloxacina.
- 5) Se debe sospechar diarrea pseudomembranosa por *Clostridium difficile* en pacientes que:
 - a) desarrollan el cuadro diarreico entre los 7-30 días después de haber recibido tratamiento con cualquier antibiótico (preferencialmente cefalosporinas o clindamicina).
 - b) hayan estado hospitalizados por más de 7 días.
 - c) hayan sido tratados con quimioterapia para lesiones malignas.
 - d) tengan leucocitos, y/o moco y/o sangre en las materias fecales. En estos pacientes se deben realizar cultivos fecales selectivos para identificar la bacteria o indicar el estudio con *ELISA* para identificar las toxinas. Ante cualquier sospecha se debe iniciar tratamiento empírico con metronidazol o vancomicina según los recursos locales.
- 6) Se presenten con cuadros muy tóxicos de DA (fiebre, deshidratación, sangre y abundante moco en la materia fecal). Estos comúnmente requieren hospitalización con rehidratación y equilibrio de los electrolitos por vía oral (en lo que más se pueda tolerar) o intravenosa, además de suministrar antibióticos en forma empírica mientras se obtienen los resultados de los cultivos y exámenes específicos que se soliciten al ingreso. Es importante que a todos los pacientes se les indique aislamiento entérico.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Barbut F, Leluan P, Antoniotti G, et al. Value of routine stool cultures in hospitalized patients with diarrhea. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1995; 14:346-9.

2. Bartlett JG. Pseudomembranous enterocolitis and antibiotic-associated colitis. In: Sleisenger MH, Fordtran JS, eds. *Gastrointestinal Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management*. WB Saunders. Philadelphia, 1993.
3. Bowman RA, Bowman JM, Arrow SA, et al. Selective criteria for the microbiological examination of faecal specimens. *J Clin Pathol* 1992; 45: 838-9.
4. Chitkara YK, McCasland KA, Kenefic L. Development and implementation of cost-effective guidelines in the laboratory investigation of diarrhea in a community hospital. *Arch Intern Med* 1996; 156:1445-8.
5. De Bruyn G, Hahn S, Borwick A. Antibiotic treatment for travellers' diarrhea. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(3):CD002242.
6. Ilnyckyj A. Clinical evaluation and management of acute infectious diarrhea in adults. *Gastroenterol Clin North Am* 2001; 30:599-609.
7. Jhon D, et al. Treatment of diarrhea. *Infect Dis Clin North Am* 1988; 2:719-27.
8. Laughon BE, Druckman DA, Vernon A, et al. Prevalence of enteric pathogens in homosexual men with and without acquired immunodeficiency syndrome. *Gastroenterology*. 1988; 94:984-93.
9. Manabe YC, et al: *Clostridium difficile* colitis: an efficient clinical approach to diagnosis. *Ann of Intern Med* 1995; 123: 835-840.
10. Manabe YC, Vinetz JM, Moore RD, et al. *Clostridium difficile* colitis: an efficient clinical approach to diagnosis. *Ann Intern Med* 1995; 123:835-40.
11. Massey BT, Black ER. Clinical parameters associated with a positive stool ova and parasite (O&P) exam in medical inpatients. *Gastroenterology* 1989; 96:A325-334.
12. McFarland LV, Surawicz CM, Stamm WE. Risk factors for *Clostridium difficile* carriage and *C. difficile*-associated diarrhea in a cohort of hospitalized patients. *J Infect Dis* 1990; 162:678-84.
13. Morris AJ, Wilson ML, Reller LB. Application of rejection criteria for stool ovum and parasite examinations. *J Clin Microbiol* 1992; 30:3213-6.
14. Siegel DL, Edelstein PH, Nachamkin I. Inappropriate testing for diarrheal diseases in the hospital. *JAMA* 1990; 263:979-82.
15. Slutsker L, Ries AA, Greene KD, et al. *Escherichia coli* O157:H7 diarrhea in the United States: clinical and epidemiologic features. *Ann Intern Med* 1997; 126:505-13.
16. Smith PD, Lane HC, Gill VJ, et al. Intestinal infections in patients with the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Ann Intern Med* 1988; 108: 328-33.
17. Stoll BJ. Value of stool examination in patients with diarrhea. *Br Med J* 1983; 286:2037.
18. Talan D, Moran GJ, Newdow M, et al. Etiology of bloody diarrhea among patients presenting to United States emergency departments: prevalence of *Escherichia coli* O157:H7 and other enteropathogens. *Clin Infect Dis* 2001; 32:573-80.