

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE  
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"  
CIEGO DE AVILA

**Manejo práctico diagnóstico del niño con diarrea crónica.  
Practical and diagnosis management of a child that suffers from chronic diarrhea.**

José Bustelo Aguila (1), Alberto Bermúdez Balado (2)

**RESUMEN**

Partiendo de la necesidad de una metodología que permita al médico de la Atención Primaria de Salud (APS) el manejo práctico diagnóstico del niño con diarrea crónica se realiza una investigación observacional descriptiva durante un periodo de diez años a todo niño portador de esta patología atendido en la consulta de Gastroenterología Pediátrica del Hospital Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola" y una revisión exhaustiva del tema. En el estudio realizado se detecta que la primera causa de diarreas crónicas en la provincia de Ciego de Ávila es el parasitismo intestinal y de este la Giardia lamblia, seguidos por el Colon Irritable de la Infancia, el Síndrome Post-enterítico y la Enfermedad Celíaca. Partiendo de estos resultados y la revisión bibliográfica se elaboró un algoritmo diagnóstico que permite al médico de la Atención Primaria de Salud realizar el estudio de estos pacientes con un mínimo de complementarios en forma práctica simple y con un bajo costo tanto para la institución como para el paciente.

**Palabras clave:** DIARREAS CRÓNICAS/diagnóstico.

- 1.- Especialista 2do Grado en Pediatría. Profesor Asistente.
- 2.- Especialista de 1er Grado en Cirugía. Profesor Instructor.

**INTRODUCCIÓN**

En los últimos años el concepto de diarrea crónica ha sido tema de controversia pero en forma general aún persiste el consenso de que una diarrea de más de 3 semanas de evolución debe considerarse como crónica. (1)

La diarrea crónica representa uno de los motivos principales de consulta y atención médica en pediatría, tanto en la atención secundaria como en la primaria. Está bien establecido el concepto de la diarrea aguda y la diarrea persistente, las cuales constituyen causas importantes de morbimortalidad en los niños de los países del tercer mundo, pero cuando se revisa el tema se aprecian diversos criterios conceptuales: En el Tratado de Pediatría de Nelson (2) se considera Diarrea crónica cuando el niño presenta diarreas por más de 2 semanas, sin embargo el Tratado de Pediatría del Cruz (3) señala las 4 semanas como el tiempo necesario para considerarla crónica, para otros la presencia de más de tres episodios diarreicos agudos en el espacio de 3 semanas puede ser considerado también como una diarrea crónica. (4)

Una gran variedad de enfermedades son causantes de diarrea crónica en la infancia. Hay una serie de ellas que aparecen en los primeros meses de edad y el transcurso del primer año de vida lo cual orienta su causa. Quizás el principal problema en la argumentación del diagnóstico es cuando se trata de un niño con el antecedente de una diarrea aguda o de una infección por la que recibió antibioticoterapia que persiste con el cuadro diarreico y no se llega a precisar la causa, resultando una diarrea crónica

inespecífica de causa desconocida. Esta debe ser diferenciada de la diarrea persistente o la diarrea crónica que responde a una causa orgánica que puede cursar como un síndrome de mal absorción con repercusión en el estado nutricional, que requiere la demostración de un diagnóstico de certeza junto a un adecuado y exhaustivo diagnóstico diferencial. (3,5,6-7)

Los padres suelen definir la diarrea como un incremento de las deposiciones, una disminución de la consistencia o un aumento de su volumen. Pero en realidad resulta, en ocasiones, muy difícil de delimitar estas características, sobre todo, en el lactante; por otra parte la interpretación de los síntomas y signos, así como el diagnóstico diferencial tan amplio y la gran cantidad de pruebas de laboratorio plantean serias dificultades diagnósticas, por lo que el objetivo del presente trabajo es la elaboración de un algoritmo diagnóstico que permita al médico de la APS un manejo práctico diagnóstico del niño con diarreas crónicas.

## **MÉTODO**

Se elabora una metodología para el manejo práctico diagnóstico del niño con diarrea crónica partiendo de una investigación observacional descriptiva realizada durante un periodo de diez años a todo niño portador de esta patología atendido en la consulta de Gastroenterología Pediátrica del Hospital Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola" y de una revisión exhaustiva del tema.

Los datos fueron recogidos por el autor utilizando los registros estadísticos del Departamento de Gastroenterología Pediátrica del Hospital, determinándose las causas de diarreas crónicas más frecuentes en nuestro medio y comparándose los resultados con la literatura internacional, se confecciona un algoritmo diagnóstico

Para facilitar la interpretación de los datos se agruparon como Síndrome Post-enterítico a un grupo de patologías cuya patogenia es muy semejante: Déficit transitorio de lactasa, intolerancia a la leche de vaca, intolerancia a todas las leches, intolerancia a la leche de vaca y a la leche de soya y las mixtas que agrupaban a más de una causa (Ej. Déficit de lactasa y alergia a la leche de vaca).

Criterios de inclusión: Niños con diarreas crónicas atendidos en la consulta de Gastroenterología Pediátrica.

Criterios de exclusión: Niños a los cuales por diversas razones no se les concluyó el estudio (no acudieron a consulta de seguimiento).

Consideraciones éticas: por tratarse de una investigación retrospectiva no fue necesario el consentimiento informado de los padres. Los datos fueron procesados por el método simple de los palotes y los resultados llevados a tablas de frecuencia utilizándose el % como medida de resumen.

## **RESULTADOS**

Durante los 10 años analizados fueron atendidos en la Consulta de Gastroenterología Pediátrica del Hospital Provincial "Dr. Antonio Luaces Iraola" un total de 471 niños portadores de diarreas crónicas, en la tabla 1 puede apreciarse la distribución por causas de estos pacientes. El parasitismo intestinal resultó la causa más frecuente con 219 casos para un 46,5 %, seguido por el Colon Irritable de la Infancia (26,1%), el Síndrome Post-Enterítico (18,9%) y la Enfermedad Celíaca (5,9%). Las otras causas solo suman 12 pacientes que representan un 2,6 % del total de casos estudiados. Las tablas 2 y 3 complementan la anterior, en ellas puede apreciarse que Giardia lamblia y Cryptosporidium parvum son los parásitos más frecuentemente detectados en los niños con diarreas crónicas y en el Síndrome Post-Enterítico el déficit transitorio de lactasa y la intolerancia a la leche de vaca resultaron los más frecuentes. En el Anexo I se puede observar un cuadro con las causas más frecuentes de diarreas crónicas en niños según la bibliografía revisada (2-3,8-16).

Partiendo de los resultados de la presente investigación y de la revisión bibliográfica al respecto se confecciona un algoritmo diagnóstico (Anexo II) que permite una utilización racional de los complementarios.

## DISCUSIÓN

Como puede apreciarse la causa más frecuente de diarrea crónica en niños, al menos en nuestro medio, resultó el parasitismo intestinal y de ellos fue la Giardia lamblia la principal causante de las mismas. A continuación aparecen el Colon Irritable de la Infancia, entidad muy bien definida clínicamente (17), el Síndrome Post-Enterítico y la Enfermedad Celiaca, sólo estas cuatro entidades representan el 97,4 % de todos los casos diagnosticados en el periodo analizado. Hay que señalar que en el caso de los niños con enfermedades relacionadas con el Síndrome Post-Enterítico, en la consulta de Gastroenterología existe un subregistro, o sea muchos de los niños con estas patologías son atendidos en las salas de hospitalización de EDA y seguidos por esos especialistas, en opinión del autor, el Síndrome Post-Enterítico debe estar por encima del Colon Irritable de la Infancia, pero a los efectos del presente trabajo esta variación no afecta el resultado.

Cuando se revisa la literatura internacional al respecto, los resultados son muy semejantes a los encontrados en la presente investigación. Nelson (2) destaca que la Giardia lamblia es una de las causas más frecuentes de Diarreas Crónicas y Síndrome de Malabsorción en niños, sobre todos en los países de clima tropical, seguidos por la intolerancia a la leche de vaca que se produce después de un proceso infeccioso intestinal en los lactantes con destete precoz.

En el algoritmo confeccionado se propone iniciar el estudio con seriados de Heces fecales ya que en nuestro medio es el parasitismo intestinal una de las causas más frecuentes de diarreas crónicas en niños, si los resultados son negativos se indica entonces la intubación duodenal y si esta es negativa entonces se indican los siguientes complementarios: D-Xilosa, PH en Heces fecales, Sudan III, Biopsia yeyunal, lámina periférica, electrolitos en sudor y las Pruebas de tolerancia a la lactosa, sacarosa y glucosa. El hidrógeno espirado (18) es de gran utilidad en la malabsorción de carbohidratos pero no se dispone de esa técnica en nuestro medio, al menos en el momento actual. Es importante que los estudios complementarios se realicen con una dieta lo más normal posible. La utilización de este algoritmo evidencia que el estudio de una diarrea crónica no requiere de un sin número de complementarios, sino de una utilización racional de los mismos sin olvidar la importancia que para la selección de estos tiene el análisis de la Historia clínica del paciente, sobre todo la anamnesis, el examen físico y las características de las deposiciones. Este esquema, al igual que el cuadro anterior, solo incluye las causas más frecuentes de diarreas crónicas en los niños pero permite al médico de la atención primaria realizar el diagnóstico de más del 95 % de las causas de diarreas crónicas con la utilización de un mínimo de recursos.

Cuando el diagnóstico de la diarrea crónica no puede determinarse con la utilización del esquema anterior, hay que pensar en las causas menos frecuentes y el paciente debe ser remitido a Consulta Especializada.

## ABSTRACT

Starting from the need of a methodology that allows the doctor of the Primary Health Assistance (PHA) the practical and diagnosis of a child that suffers from chronic diarrhea; we carry out an observational, descriptive research during 10 years to every child carrier of this pathology and that has been attended in the Paediatric Gastroenterology consulting room of the General Hospital "Dr Antonio Luaces Iraola" and also an exhaustive revision of the topic. In the carried out study it was detected that the first cause of chronic diarrheas in Ciego de Avila is intestinal parasitism and derived from it the lamblia (giardiasis), followed by the colonic irrigation of the infancy, the syndrome post-enteritic and the celiac disease. Starting from these results and the bibliographic revision was made an algorithm diagnosis that allows the doctor of the Primary Health Assistance to make the study of these patients with a minimum of complementaries in a practical and simple way and in a low cost not also for the institution but also for the patient.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Parrochia BE. Diagnóstico clínico de las diarreas. Bol Hosp San Juan de Dios. 2005; 52(3): 156-160.

2. Timothy J. Diarreas crónicas. En: Nelson W. Tratado de Pediatría. 15a ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1998. p. 1385-1392.
3. Cruz M. Tratado de Pediatría. 7a ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
4. Parrochia BE. diarreas neuroendocrinas. Bol Hosp San Juan de Dios. 2002; 19(1): 25-26.
5. González M, De Asencio M. Síndrome de intestino irritable. Aspectos psicológicos. Rev Fac Med (Caracas) 2005; 28(2): 188-189.
6. Castañeda C. Enfermedad celíaca en la infancia. Arch Gastroent Rep Dom. 1998; 6(1-3): 4153.
7. Ayala E, Frisancho OE, Chacón Y, Brazini P. Cambios histológicos del íleo distal en diarreas crónicas asociada con anemia megaloblástica. Rev Gastroenterol Perú. 2004; 24(2): 117-121.
8. Maldonado ME. Intolerancia a la lactosa: causas moleculares, diagnóstico y consecuencias nutricionales. Med Lab. 2000; 9(9/10): 461-669.
9. León Barúa R. Síndrome de intestino irritable ¿o síndrome de intestino con hiperalgesia y dismotilidad? Diagnóstico (Perú). 2005; 44(4): 188-189.
10. Rasinpera H, Saarinen K, Pelkonen A, Jarvela I, Savilahti E, Kolho KL. Molecularly defined adult-type hypolactasia in school-aged children with a previous history of cow's milk allergy. World J Gastroenterol. 2006; 12(14): 2284-2288.
11. Robayo-Torres CC, Quesada-Calviño R, Nichols BL. Disaccharide digestion: clinical and molecular aspects. Clin Gastroenterol Hepatol. 2006; 4(3): 71-76.
12. Araya M. Mejorar el manejo de la enfermedad celíaca. Un desafío urgente. Rev Med Chile. 2006; 134(3): 361-364.
13. Ortigosa L. Manifestaciones digestivas y extradigestivas de la enfermedad celíaca. Coloma Med. 2005; 36(2 sup 1): 52-57.
14. Perioo N, Cherñasky AC. Coeliac disease. Autoimm Ver. 2006; 6(3): 202-208.
15. Smith P, Bishop P, Whonvell PJ. Collagenous colitis, ulcerative colitis, celiac disease and hyperparathyroidism in one patient implications for the management of collagenous colitis. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2005; 17(11): 1239-1242.
16. Sempouc C. Role of the pathologist in the differential diagnosis of malabsorption. Acta Gastroenterol Belg. 2006; 69(1): 49-51.
17. Bonamico M, Culasso F, Colombo C, Giunta AM. Irritable bowel syndrome in children. Ital J Gastroenterol. 1995; 27(1): 13-20.
18. Ghoshal UC, Ghoshal U, Das K, Misra A. Utility of hydrogen break tests in diagnosis of small intestinal bacterial overgrowth in malabsorption syndrome and its relationship with oro-cecal transit time. Indian J Gastroenterol. 2006; 25(1): 6-10.

## ANEXOS

**Tabla 1**

**Causas de diarreas crónicas en los niños estudiados**

| <b>Diagnostico</b>                    | <b>No. casos</b> | <b>%</b>    |
|---------------------------------------|------------------|-------------|
| <b>Parasitismo intestinal</b>         | <b>219</b>       | <b>46,5</b> |
| <b>Colon Irritable de la infancia</b> | <b>123</b>       | <b>26,1</b> |
| <b>Síndrome Post-Enterítico</b>       | <b>89</b>        | <b>18,9</b> |
| <b>Enfermedad Celíaca</b>             | <b>28</b>        | <b>5,9</b>  |

|                                     |            |             |
|-------------------------------------|------------|-------------|
| <b>Enf. Inflamatoria Intestinal</b> | <b>3</b>   | <b>0.65</b> |
| <b>Mucovisidosis</b>                | <b>3</b>   | <b>0.65</b> |
| <b>Otras causas</b>                 | <b>6</b>   | <b>1,3</b>  |
| <b>T O T A L :</b>                  | <b>471</b> | <b>100</b>  |

Fuente: Estadísticas del Dpto. de Gastroenterología Pediátrica.

**Tabla 2**

**Tipos de parásitos causantes de la diarrea crónica**

| <b>Parasitismo intestinal</b>    | <b>No. casos</b> | <b>%</b>    |
|----------------------------------|------------------|-------------|
| <b>Giardia lamblia</b>           | <b>130</b>       | <b>59,4</b> |
| <b>Cryptosporidium parvum</b>    | <b>61</b>        | <b>27,9</b> |
| <b>Entamoeba histolítica</b>     | <b>15</b>        | <b>6,8</b>  |
| <b>Trichiuris trichiura</b>      | <b>9</b>         | <b>4,1</b>  |
| <b>Strongiloides stercolaris</b> | <b>2</b>         | <b>0,9</b>  |
| <b>Cyclospora cayetanensis</b>   | <b>2</b>         | <b>0,9</b>  |
| <b>T O T A L :</b>               | <b>219</b>       | <b>100</b>  |

Fuente: Estadísticas del Dpto. de Gastroenterología Pediátrica.

**Tabla 3**

**Desglose diagnóstico del Síndrome Post-Enterítico**

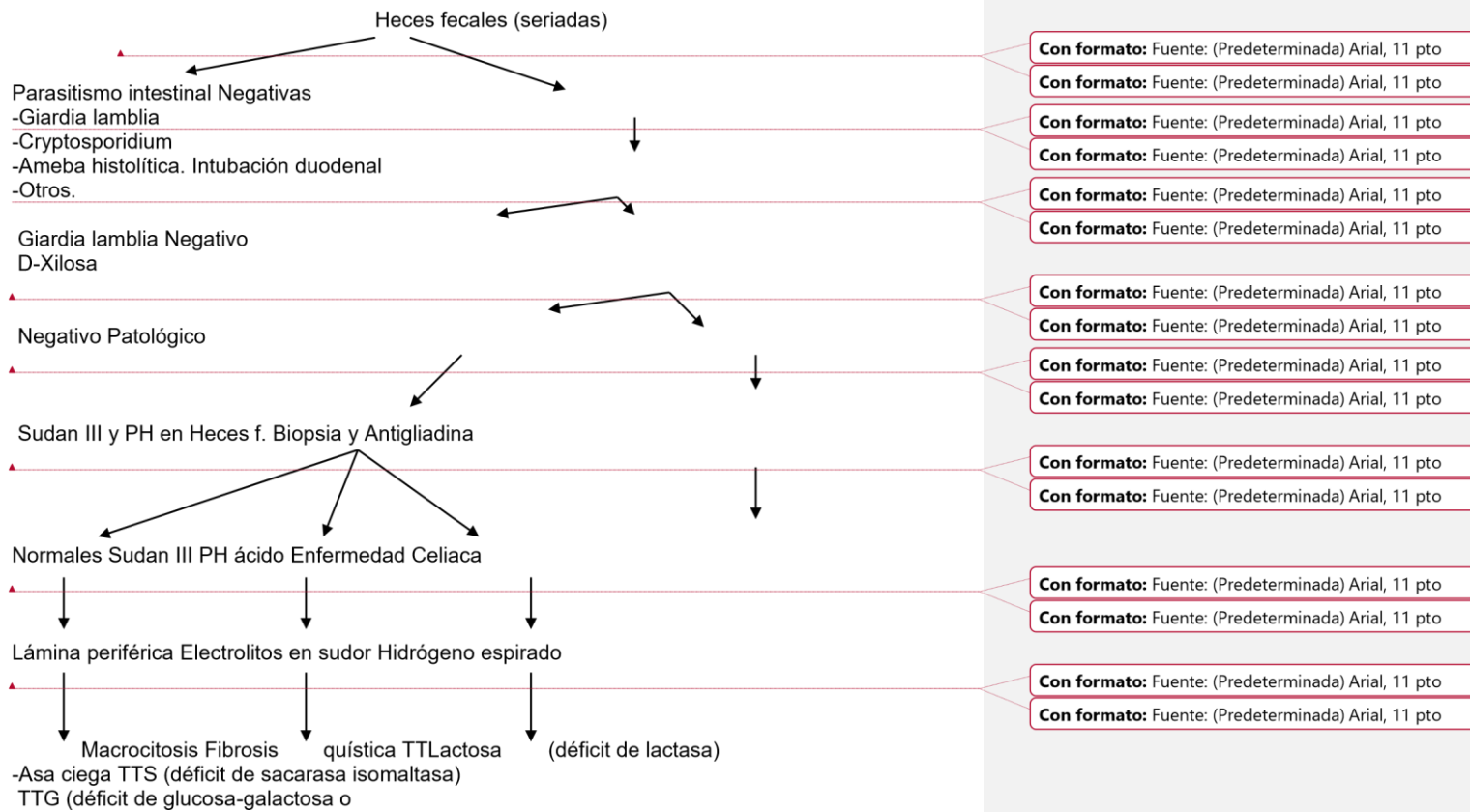
| <b>Diagnostico</b>                            | <b>No. casos</b> | <b>%</b>    |
|---|------------------|-------------|
| <b>Déficit transitorio de lactasa</b>         | <b>48</b>        | <b>54</b>   |
| <b>Intolerancia a la leche de vaca</b>        | <b>19</b>        | <b>21,5</b> |
| <b>Intolerancia a todas las leches</b>        | <b>5</b>         | <b>5,6</b>  |
| <b>Intolerancia a la leche de vaca y soya</b> | <b>1</b>         | <b>1,1</b>  |
| <b>Mixtas o no bien definidas</b>             | <b>16</b>        | <b>18</b>   |
| <b>T O T A L :</b>                            | <b>89</b>        | <b>100</b>  |

Fuente: Estadísticas del Dpto. de Gastroenterología Pediátrica

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS DIARREAS CRONICAS EN NIÑOS

| Nº | Etiología.  | Edad   | Deposiciones  | Otras manifestaciones clínicas  | Complementarios   | Tratamiento          |
|----|---|--|---|---|---|----------------------|
| 1  | Giardiasis  | 3 meses a 4 años                             | Semipastosas con líquido                              | Distensión abdominal, dolor abdominal y Malabsorción.                             | Trofozoitos y quistes en H. fecales e Intub. Duodenal.    | Antiprotozoarios     |
| 2  | Amebiasis   | 1 – 5 años                                   | Diarreas con moco y sangre de 6 a 8 por día.          | Pujos y tenesmos.   | Trofozoitos y quistes maduros en H. fecales.              | Antiprotozoarios     |
| 3  | Criptosporidiosis                                   | 6 meses a 3 años                             | Diarreas líquidas de color amarillenta                | Tos, vómitos y fiebre al inicio, Distensión abdominal y Malabsorción.             | Ziehl-Neelsen modificada en H. fecales.                   | Ninguno              |
| 4  | Enfermedad Celiaca                                  | De 10 a 18 meses                             | Esteatorréicas  | Distensión abdominal y Malabsorción.  | Biopsia yeyunal.  | Dietético            |
| 5  | Mucoviscidosis (Fibrosis Quística)                  | Lactante                                     | Frecuentes, voluminosas y grasientas.                 | Abdomen prominente. Manifestaciones respiratorias y prolapso rectal. Malabsorción | Electrolitos en sudor.                                    | Enzimas pancreáticas |
| 6  | Síndrome de Asa Ciega (Sobrecrecimiento bacteriana) | Congénita en RN. Adquirida a cualquier edad. | Voluminosas, fétidas y descoloridas, (Esteatorréicas) | Síntomas de obstrucción abdominal incompleto (Distensión, vómitos y dolor)        | Anemia Megaloblástica. Rayos x                            | Quirúrgico           |
| 7  | Déficit adquirido de lactasa.                       | Lactante                                     | Líquidas y abundantes                                 | Cólicos, eritema perianal y excoriaciones   | Aumento del Hidrógeno espirado y TT lactosa               | Dietético            |
| 8  | Intolerancia a la Leche de Vaca                     | Lactantes                                    | Acuosas o con sangre. Esteatorréicas.                 | Anorexia, anemia, fallo de medro, hipoproteinemia, rinitis y rash.                | TT Lactosa normal Prueba de exclusión 2 semanas sin leche | Dietético            |
| 9  | Déficit de Sacarasa (Autosómica recesiva)           | Lactantes. (se inicia con la introd. de      | Líquidas y abundantes.                                | Distensión abdominal, cólicos y eritema perianal.                                 | Hidrogeno espirado con la ingestión de sacarosa           | Dietético            |

|    |  |                      |  |   |  |  |
|----|--|----------------------|--|---|--|--|
|    |  | sacarosa )           |  |   | y TTSacarosa   |  |
| 10 | Colon irritable de la infancia. (Síndrome del intestino irritable) | De 6 meses a 3 años. | Semipastosas con líquido, 2-8 por día. | deposiciones diurnas que disminuyen la consistencia progresivamente | Crecimiento y desarrollo normal. Conflictos sociofamiliares. | Psicoterapia a familiares y dietético. |



### Manejo práctico diagnóstico de la diarrea crónica en el niño basado en las causas más frecuentes.

almidón)