



Diarrea aguda

A. Pariente

Las diarreas agudas, muy frecuentes y benignas, son casi siempre de origen vírico. Su gravedad puede estar relacionada con la deshidratación (diarreas hidroelectrolíticas), la sepsis, las características del paciente o, con menos frecuencia, con lesiones intestinales graves. Es necesaria la hospitalización en caso de deshidratación grave o de imposibilidad de rehidratación oral. Las pruebas complementarias (incluido un análisis microbiológico de las heces) sólo son necesarias en caso de síndrome disentérico, signos de gravedad, toma reciente de antibióticos, contexto de paciente debilitado (en estos casos también está indicada una antibioticoterapia empírica con azitromicina) o de persistencia de los síntomas al 5.º día. En los demás casos, una hidratación oral asociada a un tratamiento sintomático mínimo es suficiente. Es posible observar otras causas no infecciosas de diarrea aguda, en particular medicamentosas.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Diarrea aguda; Diarrea secretora; Diarrea del viajero; Diarrea postantibiótica; *Clostridium difficile*; Diarrea medicamentosa

Plan

■ Introducción	1
■ Definición	1
■ Mecanismos de la diarrea	1
■ Valorar la gravedad: deshidratación y sepsis	1
■ Medios diagnósticos	2
■ Estrategia diagnóstica	2
■ Causas principales	2
■ Tratamiento de las diarreas infecciosas [5, 6]	3
Tratamiento de la deshidratación	3
Antibioticoterapia	4
Antidiarreicos	4
Toxiinfección alimentaria colectiva	4

■ Introducción

Las diarreas agudas son extremadamente frecuentes (alrededor de una por persona al año) y casi siempre están relacionadas con gastroenteritis víricas benignas [1]. Los dos puntos imperativos son la detección precoz y el tratamiento de la deshidratación, que puede complicar las diarreas acuosas, las colitis y las sepsis graves. Esencialmente son de causa infecciosa, vírica en el niño y en el adulto joven, bacteriana o parasitaria y medicamentosa. Las diarreas infecciosas por gérmenes invasivos pueden provocar síndromes del intestino irritable como secuela y manifestaciones extraintestinales.

■ Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define una diarrea aguda como la emisión de más de dos deposiciones blandas o líquidas al día de menos de 2 semanas de evolución. La diarrea puede ser acuosa, generalmente abundante, sin dolor abdominal

importante o, por el contrario, de tipo disentérico con fuerte dolor previo a cada deposición, poco abundante, mezclada o reducida a moco y/o sangre, tenesmo y falsa necesidad de defecar. La diarrea es «persistente» cuando dura entre 2-4 semanas. La diarrea puede asociarse a náuseas, vómitos, dolor abdominal, gases y fiebre (principalmente en caso de diarrea infecciosa).

■ Mecanismos de la diarrea

Existen dos grandes mecanismos esquemáticos de diarrea aguda:

- diarreas secretoras, hidroelectrolíticas, sin lesión macroscópica intestinal (toxinas secretoras de estafilococo dorado, *Bacillus cereus*, *Clostridium perfringens*, enteritis víricas, colitis microscópicas);
- diarreas lesionales, menos abundantes pero a menudo asociadas a la emisión de moco y sangre en caso de afectación ileal y/o cólica directa por el germen (salmonela, shigela, *Campylobacter*, *Escherichia coli* enteroinvasiva) o su toxina (*E. coli* enterohemorrágica, *Clostridium difficile*).

Los agentes infecciosos se transmiten por el agua, los alimentos, los baños y por las manos de un portador de gérmenes.

■ Valorar la gravedad: deshidratación y sepsis

La gravedad puede estar relacionada con la deshidratación (pérdida de peso, taquicardia, hipotensión inicialmente ortostática, oliguria, incluso shock hipovolémico) confirmada por las pruebas de laboratorio (aumento del hematocrito y de las proteínas por hemoconcentración, tendencia a la hipernatremia [deshidratación celular], a la acidosis [pérdida de bicarbonatos], a la hipopotasemia, a la insuficiencia renal funcional sin natriuresis).

La gravedad puede estar relacionada con la sepsis: fiebre elevada o hipotermia, escalofríos, taquicardia, polipnea hasta alcanzar un shock infeccioso con hipotensión, oliguria, encefalopatía, acidosis

láctica, trombocitopenia y coagulación intravascular diseminada (CIVD), hipoxemia.

La gravedad puede deberse (de forma excepcional) a una colestasia, complicación sólo de las colitis agudas (favorecida por los anti-diarreicos), responsable de un meteorismo abdominal que no se escucha a la auscultación, que se identifica en las radiografías simples de abdomen o en la tomografía computarizada (TC); expone a un riesgo de perforación cólica.

Algunas *E. coli* (enterohemorrágicas) y las shigelas secretan una verotoxina que lesiona el endotelio vascular: pueden desencadenar un síndrome hemolítico y urémico (trombocitopenia, anemia hemolítica mecánica, insuficiencia renal aguda).

Las infecciones por *Campylobacter* pueden desencadenar una polirradiculoneuritis, y varios gérmenes enteroinvasivos pueden causar una artritis inflamatoria.

Por último, las características del paciente desempeñan un papel importante en la gravedad: edades extremas, valvulopatía o prótesis aórtica, alteraciones viscerales, inmunodepresión.

La hospitalización está indicada ante la existencia de signos de gravedad (salvo una deshidratación moderada con rehidratación oral factible).

■ Medios diagnósticos

La anamnesis permite conocer el modo de inicio, brusco, el contexto epidémico, la noción de un viaje reciente, los alimentos de riesgo, las tomas de medicamentos (sobre todo antibióticos, pero también los demás) en el mes previo a la diarrea, los antecedentes patológicos (valvulopatías, inmunodepresión), los síntomas asociados (vómitos, intolerancia alimentaria, fiebre, signos cutáneos, articulares, oculares, etc.) o un contexto venéreo.

Mediante la exploración física del abdomen, con frecuencia normal y que incluye un tacto rectal, se busca un dolor localizado o un meteorismo. Se buscan también anomalías extradiagéticas.

No se realizan de forma sistemática pruebas de laboratorio en caso de diarrea acuosa sin signos de gravedad ni alteración visceral. En los demás casos (y en caso de diarrea nosocomial), se realiza un hemograma, una determinación de la proteína C reactiva (CPR), de la uremia, de la creatinemia, del ionograma, hemocultivos en caso de fiebre, escalofríos o hipotermia, coprocultivo para descartar salmonela, shigela, *Campylobacter*, *Yersinia* y, en caso de diarrea hemorrágica, para *E. coli* O157:H7 (y para *Klebsiella oxytoca* en caso de diarrea sanguinolenta postantibiótica); la búsqueda de *C. difficile* y de sus toxinas está indicada en caso de diarrea postantibiótica, nosocomial o de epidemia. Está indicado realizar un examen parasitológico de las heces en caso de síndrome disentérico (búsqueda de amebas patógenas, incluso de *Cyclospora* o de esquistosomas) en caso de viaje a país endémico. La búsqueda de microsporidios y de criptosporidios está indicada en caso de inmunodepresión. También está indicado realizar un coprocultivo en el estudio de una diarrea epidémica, cuando existe un riesgo para la salud pública (cocinero, por ejemplo) y cuando la diarrea persiste el 5.º día.

Recientemente, se han desarrollado pruebas de diagnóstico ligadas a la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), que permiten el diagnóstico rápido (5 horas) de los principales responsables de diarrea infecciosa; son más sensibles que las pruebas clásicas, pero su aplicación en la práctica corriente está por determinar [2].

Habitualmente, la endoscopia se limita a una rectosigmoidoscopia que permite la búsqueda de lesiones macroscópicas y la toma de biopsias y/o muestras para histopatología y microbiología, y sirve de gran ayuda para el diagnóstico diferencial.

■ Estrategia diagnóstica

De forma esquemática, se pueden distinguir las diarreas agudas comunitarias de aspecto infeccioso sin antecedente de antibioterapia, las diarreas postantibióticas y las diarreas que aparecen en contextos particulares.

Diarreas de aspecto infeccioso sin antecedente de antibioterapia. Se debe siempre pensar en descartar una infección intraabdominal aguda, en particular una apendicitis aguda y un paludismo al regreso de un país endémico.

Las diarreas postantibióticas [3] son frecuentes; una diarrea leve es banal y remite al suspender el tratamiento. La diarrea puede aparecer en los 2 meses posteriores a la suspensión del medicamento. Las diarreas hídricas o disintéricas más graves con o sin fiebre habitualmente se deben a una infección por *C. difficile*. La exploración física no es informativa. En caso de dolor abdominal permanente y/o de defensa, se debe descartar una colestasia y una perforación mediante una TC. Se establece el diagnóstico mediante la detección rápida de *C. difficile* y de sus toxinas y, si es necesario, se efectúa la rectosigmoidoscopia con biopsias (en caso de signos de gravedad clínica [edad superior a 60 años, fiebre superior a 38,5 °C, ascitis] o biológica [leucocitosis superior a 15.000/μl, creatinemia superior al 50% del valor basal, albuminemia inferior a 30 g/l]). Se trata así mismo de mantener un reequilibrio hidroelectrolítico en las formas graves y de tomar las precauciones de higiene y desinfección (doble lavado de las manos con jabón, evitar las soluciones hidroalcohólicas, lavado de las superficies con lejía diluida al 1:5). En las formas leves, se puede emplear el metronidazol (500 mg tres veces al día durante 10 días). En las formas graves (cf supra), se emplea la vancomicina por vía oral (500 mg cuatro veces al día durante 10-14 días) o la fidaxomicina (200 mg dos veces al día durante 10 días). Aparece una recidiva en el 10-15% de los casos. La primera puede tratarse con vancomicina o fidaxomicina seguida de 1 mes de *Saccharomyces boulardii*; la segunda, con 1 g/día durante 10 días de vancomicina seguida de una disminución progresiva; la tercera deriva de un trasplante fecal realizado en un marco estricto, con un 80-90% de eficacia [4].

Se pueden observar colitis agudas hemorrágicas, con intensos dolores y defecaciones poco abundantes, de entrada sanguinolentas, debidas a *K. oxytoca* (que puede aislarse en el coprocultivo), en pacientes en tratamiento con ampicilina, dicloxacilina y pristinamicina; remiten al suspender el tratamiento.

Las diarreas nosocomiales están causadas principalmente por *C. difficile*, y con menos frecuencia por salmonelosis.

En las diarreas del viajero prevalecen las diarreas causadas por *E. coli* enterotoxigénicas. Otros patógenos están implicados según el país visitado (*Giardia lamblia*, *Aeromonas*, *Cryptosporidium parvum*, *Cyclospora*, shigelas, salmonelas, amebas).

En los pacientes inmunodeprimidos (virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], trasplantados, en tratamiento con inmunosupresores o quimioterapéuticos antitumorales), además de las causas bacterianas banales, no se debe pasar por alto en particular una colitis por citomegalovirus (CMV) (endoscopia, biopsia, viremia, tratamiento urgente), una infección por *C. difficile*, incluso en ausencia de antibioterapia y, en caso de diarrea hídrica prolongada, una criptosporidiosis, una microsporidiosis, una isosporosis.

Las toxiinfecciones alimentarias colectivas están principalmente causadas por salmonelas. *C. perfringens*, *B. cereus* y *Staphylococcus aureus* son responsables de diarreas hídricas ligadas a la secreción de toxinas.

Por último, una rectitis aguda en un contexto venéreo obliga a descartar una infección por *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y el virus *Herpes simplex* (frotis, biopsias rectales con microbiología, serología). En este contexto, debe sistemáticamente descartarse una coinfección sifilítica y por el VIH.

■ Causas principales

Las principales causas de las diarreas infecciosas [5, 6] están indicadas en el Cuadro 1.

Las diarreas medicamentosas (exceptuando la antibioterapia) son frecuentes [7], y aparecen generalmente en los primeros días de la toma (colchicina, laxantes, metformina, etc.). Sin embargo, algunas requieren la existencia de lesiones y pueden por lo tanto aparecer de forma más tardía, como las colitis microscópicas (tras toma de venotónicos, L-Dopa, lansoprazol, etc.). Remiten con la suspensión del fármaco responsable.

Las diarreas tóxicas aparecen habitualmente en un contexto de ingesta accidental o con fines suicidas (intoxicaciones por setas o por tóxicos industriales).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8757789>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8757789>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)