Rev. Chil. Pediatr. 56(6): 418-421, 1985

Causas de Diarrea Crónica Infantil

Dr. Ernesto Guiraldes C.¹; Dra. Carmen Gutiérrez T.¹; Dr. Aldo Bancalari M.²;
Dra. Miriam Campbell B.³; Sra. Hilda Kunzagk P.⁴; Dra. Alejandra Vargas V.⁵.

Etiology of Chronic Diarrhoea

The clinical data of 100 consecutive patients with chronic diarrhoea who were referred to our Pediatric Gastroenterology Outpatient Clinic for evaluation was analysed. Two causes accounted for 3/4 of all cases. These were Giardiasis (42 patients) and Celiac disease (32 patients). The latter was documented histologically as recommended by current criteria. Other (miscellaneous) conditions included non-specific diarrhoea, immunodeficiency syndromes, congenital sucrase-isomaltase deficiency, post-enteritis syndrome, hymenolepiasis, amoebiasis, intestinal lymphangiectasia and encopresis with pseudo-diarrhoea. This pattern of disease has some similarities with what has been reported by other local authors. Intestinal parasitosis should ideally be diagnosed at the primary level and should not be referred to speciality clinics. The reasons for this situation are discussed. The rather high relative frequency of celiac disease is an interesting finding, already reported by other Chilean authors. On the other hand chronic non-specific diarrhoea was uncommon in our predominantly working-class population; this is in sharp contrast with what is seen in the more privileged strata of society.

Key words: Celiac disease. Diarrhoea, chronic. Giardiasis. Infantile diarrhoea. Malnutrition).

La diarrea crónica constituye una frecuente causa de consulta a los policlínicos pediátricos y determina un sustancial consumo de días-cama en los hospitales de niños. En la Unidad de Gastroenterología del Hospital Luis Calvo Mackenna, representa el segundo motivo de derivación de pacientes desde Centros de atención primaria, hospitales de provincia o Centros de rehabilitación de desnutridos y en la Unidad de Nutrición del mismo establecimiento se ha convertido en una de las principales causas de desnutrición de origen orgánico en los niños referidos a ella para estudio.

La literatura sobre el tema menciona docenas de potenciales etiologías de diarrea crónica¹⁻³, lo que no contribuye precisamente a simplificar la labor del clínico enfrentado a un niño con este problema. En esta comunicación queremos analizar las causas de diarrea crónica infantil en niños atendidos en la Unidad de Gastroenterología del Hospital Luis Calvo Mackenna, en conjunto con la experiencia de otros autores nacionales⁴, la muestra contribuirá a delinear un panorama más claro de la situación local y podrá facilitar el diagnóstico diferencial en los diversos niveles de atención médica.

PACIENTES Y METODOS

Analizamos retrospectivamente la información sobre cien pacientes consecutivos, vistos en nuestra Unidad por diarrea, continua o intermitente, de duración superior a tres meses, que completaron su estudio etiológico. En todos ellos se practicó una batería mínima de exámenes de laboratorio que incluía caroteno sérico⁵, exámenes coproparasitológicos seriados, hemograma y sedimento urinario. En casos seleccionados y dependiendo de consideraciones clínicas y laboratorio, se realizaron exámenes complementarios, como: electrolitos del sudor, electroforesis de proteínas, estudios radiológicos del aparato digestivo, pruebas de tolerancia a hidratos de carbono y biopsia intestinal para observación histológica de la mucosa intestinal, que en ciertas instancias también fue utilizada para medir actividad disacaridásica del tejido. Efectuamos biopsia intestinal en todos los pacientes en que había fuerte sospecha clínica de enfermedad celíaca y en aquellos en que se comprobó malabsorción intestinal cuya causa no fuese demostrada por otras investigaciones.

RESULTADOS

1. Unidad de Gastroenterología, Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago.
2. Jackson Memorial Hospital, Miami, Fla. U.S.A.
3. Hospital Roberto del Río, Santiago.
4. Jefa Laboratorio de Bioquímica, Hospital Luis Calvo Mackenna.
5. Médico Hospital Los Lagos. Provincia de Valdivia.

• La Tabla 1 muestra las causas demostradas o presuntas de diarrea crónica en los 100 pacientes estudiados. En 42 se encontró una infección por *Giardia lamblia*, a la que se pudo atribuir la génesis del cuadro, pues la desaparición de la

Tabla 1.

Causas de diarrea crónica en 100 pacientes

Diagnóstico	Nº de casos
Giardiasis	42
Enfermedad celíaca	32
Probable giardiasis	5
Probable enfermedad celíaca	5
Otras parasitosis	5
amebiasis: 2	
amebiasis + tricocefalosis: 1	
amebiasis + himenolepiasis: 1	
Himenolepiasis: 1	
Diarrea inespecífica	3
Recuperación espontánea	2
Inmunodeficiencias	2
deficiencia selectiva de IgA con hiperplasia nodular linfática: 1	
deficiencia selectiva de IgA y déficit de inmunidad celular: 1	
Deficiencia congénita de sacarasa-isomaltasa	1
Síndrome post-enteritis	1
Encopresis con pseudo-diarrea	1
Linfangiectasia intestinal	1
TOTAL	100

diarrea siguió al tratamiento de la parasitosis. En 5 pacientes adicionales los datos clínicos y epidemiológicos hacía sospechar una giardiasis pero los niños habían recibido previamente tratamiento antiparasitario, y en el momento de ser vistos en nuestra unidad su diarrea estaba ya en remisión. Se encontraron otras parasitosis en 5 pacientes. En 32 niños se estableció como causa de la diarrea crónica una enfermedad celíaca⁶, en ellos había un marcado predominio del sexo femenino.

Estos pacientes fueron los más severamente comprometidos desde el punto de vista de la absorción intestinal y la nutrición (Tabla 2): el peso promedio del grupo estuvo en 2,6 desviaciones estándar por debajo del peso normal para la edad. (Tablas NCHS) y la estatura promedio se vio comprometida de manera similar. Ambos índices antropométricos fueron significativamente diferentes con los encontrados en el grupo afectado por giardiasis (-1,41 desviaciones estándar en peso y -1,68 en talla). También fue estadísticamente significativa la diferencia en los valores promedio de caroteno sérico de ambos grupos (29 µg/dl en los celíacos y 78 µg/dl en los pacientes con giardiasis). En cinco pacientes, la historia clínica era muy sugerente de enfermedad celíaca, pero estaban ya recibiendo un régimen sin gluten, prescrito empíricamente en otros centros, cuando fueron referidos a nuestra Unidad.

En los once pacientes restantes se encontraron otras entidades (misceláneas) como causantes de la diarrea. En tres se trataba de una diarrea crónica "no específica", sin malabsorción intestinal ni compromiso sistémico de ningún tipo, condición también denominada diarrea "funcional" del lactante mayor y preescolar y que ha sido bien caracterizado por varios autores⁷⁻⁹. En dos pacientes adicionales, la diarrea crónica evolucionó espontáneamente hacia la mejoría durante el curso del estudio, sin que se lograra identificar una causa específica. En otros niños hubo inmunodeficiencias y, en un paciente en cada caso, linfangiectasia intestinal, deficiencia congénita de sacarasa-isomaltasa, síndrome post enteritis⁹ y encopresis (esta última erróneamente

Tabla 2.

Características de los pacientes con enfermedad celíaca y de los pacientes con Giardiasis.

Grupo	Desviaciones estándar con respecto al promedio normal para la edad		Caroteno Sérico (µg/dl)	Edad al ser referidos (años)	Proporción Masc./Femen.
	PESO	TALLA			
Enf. Celíaca (n = 32)	- 2.61 ± 0.23*	- 2.63 ± 0.27	29.0 ± 7.1*	4.3** (1 - 13)	10/22
Giardiasis (n = 42)	- 1.41 ± 0.17	- 1.68 ± 0.35	78.3 ± 8.2	3.2 (1 - 9)	24/18
p	<0.001	<0.05	<0.001		

* Valores promedio ± 1 error estándar

** Valores promedio y rango

p Diferencia entre ambos grupos

catalogada como diarrea crónica por quienes remitieron el paciente para su estudio).

DISCUSION

Dos causas fueron responsables de por lo menos 3/4 de todos nuestros casos de diarrea crónica en la experiencia presentada. Este amplio predominio de la giardiasis y de la enfermedad celíaca en pacientes con diarrea crónica referidos a servicios de Gastroenterología Pediátrica, ha sido también comunicado por Danús⁴ y representa probablemente la realidad de lo que ocurre en otros centros del país. Debe tenerse en cuenta que, en los pacientes atendidos en consultorios especializados, ha habido previamente alguna selección en los centros de atención primaria. Este hecho explica la prevalencia más bien alta de enfermedad celíaca en las casuísticas presentadas, por tratarse de una afección que, por su evolución crónica se selecciona necesariamente y es improbable que pase inadvertida en el tiempo. Aún así, no deja de preocuparnos que en numerosos pacientes se haya esperado hasta la edad escolar y, aún más, la adolescencia, para referirlos a los centros especializados para su diagnóstico y tratamiento.

También es interesante comentar el elevado número de enteroparasitosis presentes en esta serie, que prácticamente afectaron a la mitad de los sujetos incluidos en ella. Tal hallazgo no constituye una sorpresa, ya que la giardiasis tiene alta prevalencia en nuestra población pediátrica¹⁰ y otros autores nacionales han enfatizado su rol etiológico en la diarrea infantil⁴. Teóricamente, las enteroparasitosis deberían ser detectadas sin problemas en los centros de atención primaria, sin necesidad de enviar los pacientes a consultorios especializados, sin embargo varias circunstancias conspiran contra este ideal: Los consultorios de atención primaria no cuentan habitualmente con recursos propios de laboratorio y su conexión con los laboratorios de los hospitales base no es siempre fácil. A pesar de la difusión que pediatras y parasitólogos han dado a la giardiasis como causa de morbilidad¹¹⁻¹² en ciertas áreas de nuestra comunidad médica todavía existe algún desconocimiento respecto a su papel en la diarrea y en la malabsorción. Así, con cierta frecuencia, ella no es considerada entre los diagnósticos diferenciales de la causa de diarrea y la mala absorción, ni entre los diagnósticos diferenciales de la causa de diarrea crónica continua o intermitente. Por último, debemos tomar en cuenta que, en un porcentaje apreciable, el examen coproparasitológico convencional da resul-

tados falsos negativos¹³, obligando a derivar pacientes sospechosos a centros especializados para estudios complementarios.

Dado que esta casuística se circunscribe a un número relativamente limitado de pacientes, varias afecciones de baja frecuencia entre nosotros pero comprobadas en otras oportunidades en nuestra unidad, no aparecen representadas. Entre éstas mencionamos, por ejemplo, el síndrome de intestino corto, el síndrome de intestino delgado contaminado, la acrodermatitis enteropática y la fibrosis quística del páncreas. Esta última, que constituye la primera causa de malabsorción en la edad pediátrica en América del Norte, es en Chile bastante menos frecuente¹⁴. En nuestra Unidad hemos controlado varios pacientes con esta enfermedad, que no aparecen en la serie descrita por haber consultado antes o después de los plazos definidos para esta revisión. Además, el motivo central de consulta de los pacientes con fibrosis quística suele ser la enfermedad respiratoria crónica y son pocos los enviados en primera instancia a Gastroenterología.

Es interesante comprobar la baja frecuencia de la diarrea crónica "no específica" en la población infantil atendida por los Servicios de Salud, en contraste con lo que ocurre en los estratos socioeconómicos más elevados en que esta condición es la principal causa de diarrea crónica en niños¹⁵.

La información colectiva sobre diarrea crónica infantil que hasta ahora se ha acumulado en la literatura nacional, debería constituir un material apropiado para diseñar futuros programas de control. Creemos que existen los recursos y la infraestructura apropiada para poner en práctica dichos proyectos que, entre otras cosas, contribuirían a prevenir numerosos casos de desnutrición secundaria.

RESUMEN

Se estudiaron los hechos clínicos de 100 pacientes consecutivos referidos a un consultorio de gastroenterología por diarrea crónica, dos causas fueron las responsables de los 3/4 de los casos: giardiasis (42 pacientes) y enfermedad celíaca (32 pacientes); esto último documentado histológicamente de acuerdo con los criterios actualmente aceptados.

AGRADECIMIENTOS

La realización de este estudio contó con apoyo parcial del Proyecto Nº 1171 del ex Servicio de Desarrollo.

Ilo Científico y Creación Artística de la Universidad de Chile.

REFERENCIAS

1. *Anderson, C.M.*: Malabsorption in Children Clinics in Gastroenterology 6: 355, 1977.
2. *Anderson, C.M.*: The child with abnormal stools. Classification and general clinical and diagnostic approach. En: *Pediatric Gastroenterology*. Editado por C.M. Anderson y V. Burke. Blackwell Scientific Publications, Oxford, pp. 167-173, 1975.
3. *Branski, D.*: Specific etiologies of chronic diarrhoea in infancy. En: *Chronic Diarrhoea in Children*. Editado por E. Lebenthal. Nestlé, Vevey/Raven Press, New York, pp. 107-145, 1984.
4. *Danús, O.*: Diarrea crónica. En: *Pediatría*. Vol. II. Editado por J. Meneghello. Buenos Aires, Ed. Inter-médica, pp. 299-307, 1972.
5. *Guiraldes, E., Gutiérrez, C., Rebolledo, L. y cols.*: El examen del caroteno sérico en la diarrea crónica de la infancia. *Rev. Chil. Pediatr.* 45: 409, 1974.
6. *Meeuwse, G.W.*: Diagnostic criteria in coeliac disease. *Acta Paediatr. Scand.* 59: 461-463, 1970.
7. *Davidson, M. y Wasserman, R.*: The irritable colon of childhood. *J. Pediatr.* 69: 1027, 1966.
8. *Walker-Smith, J.A.*: Toddler's diarrhoea. *Arch. Dis. Child.* 55: 329, 1980.
9. *Tripp, J.H., Muller, D.P. y Harries, J.T.*: Mucosal (Na^+ - K^+) ATP ase and adenylate cyclase activities in children with toddler diarrhoea and the postenteritis syndrome. *Pediatr. Res.* 14: 1382, 1980.
10. *Ramírez, R., Schenone, H., Galdames, M. y cols.*: Frecuencia en Chile de las infecciones humanas por protozoos y helmintos intestinales (1962-1972). *Bol. Chil. de Parasitol.* 27: 116, 1972.
11. *Szekely, R. y Sapunar, J.*: Giardiasis. *Bol. Chil. Parasitol.* 31: 23, 1976.
12. *Ament, M.E.*: Diagnosis and treatment of giardiasis. *J. Pediatr.* 80: 633-637, 1972.
13. *Guiraldes, E., Venegas, G., Gutiérrez, C. y cols.*: Estudio comparativo de tres métodos para el diagnóstico de giardiasis. *Rev. Méd. Chil.* 110: 21-23, 1982.
14. *Guiraldes, E., Tagle, S., Estay, R. y cols.*: Determinación de electrolitos del sudor mediante iontoforesis con pilocarpina: evaluación de veinte años de experiencia. *Actas del XIV Congreso de la Sociedad Chilena de Pediatría, Puerto Montt, 1982.*
15. *Gutiérrez, C. y Guiraldes, E.*: Datos no publicados.