

Aganzo-Yeves, Miguel; Luiza-Luca, Bogdana; Herrero-Heras, Ana; Vázquez-Martínez, Clotilde
Manejo nutricional de la diarrea crónica funcional asociada
a desnutrición con una dieta peptídica: un caso clínico
Nutrición Hospitalaria, vol. 35, núm. 3, 2018, Mayo-Junio, pp. 747-750
Grupo Arán

DOI: <https://doi.org/10.20960/nh.1872>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309258263036>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Nota Clínica

Manejo nutricional de la diarrea crónica funcional asociada a desnutrición con una dieta peptídica: un caso clínico

Nutritional management of functional chronic diarrhea associated to malnutrition with peptide diet: a case report

Miguel Aganzo Yeves¹, Bogdana Luiza Luca¹, Ana Herrero Heras² y Clotilde Vázquez Martínez¹

Servicios de ¹Endocrinología y Nutrición y ²Oncología Médica. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Resumen

Introducción: los trastornos funcionales del intestino se caracterizan por una ausencia de daño estructural o bioquímico, pero pueden causar diarrea crónica y malabsorción intestinal. Sin tratamiento adecuado, predisponen a un estado de desnutrición que, dependiendo de las patologías de base, podría condicionar la evolución de otras enfermedades concomitantes.

Caso clínico: la relevancia de este caso se debe a que nuestra paciente pluripatológica, de 43 años de edad, con pérdida progresiva de peso y masa muscular, tras cinco años de ineficiencia en el tratamiento nutricional y soporte estándar de la diarrea crónica consigue, después de unos meses de tratamiento con dieta peptídica, un buen estado nutricional y calidad de vida, habiendo logrado controlar la diarrea crónica y la desnutrición.

Discusión: en la pérdida inintencionada de peso que causa una diarrea de perfil funcional de larga evolución, la elección de una dieta peptídica puede ser muy útil para que la evolución del paciente sea satisfactoria.

Abstract

Background: functional bowel disorders are characterized by an absence of structural or biochemical damage, but can lead to chronic diarrhea and intestinal malabsorption. If not properly treated, they predispose to a state of malnutrition that, depending on the underlying pathologies, could affect the evolution of other concomitant diseases.

Case report: the relevance of this case stems from the fact that our 43-year-old patient, with multiple comorbidities, with progressive weight and muscle mass loss, after five years of inefficiency in the treatment of chronic diarrhea, achieves, on a peptide enteral formula basis, a good nutritional status and quality of life, which finally leads to the control of the chronic diarrhea and malnutrition.

Discussion: in the unintentional weight loss caused by long-term functional diarrhea, the choice of a peptide diet may have a fundamental role for a satisfactory patient's progress.

Palabras clave:

Diarrea funcional.
Dieta peptídica.
Malabsorción.
Malnutrición.

Key words:

Functional diarrhea.
Peptide diet.
Malabsorption.
Malnutrition.

Recibido: 28/02/2018 • Aceptado: 27/03/2018

Aganzo Yeves M, Luiza Luca B, Herrero Heras A, Vázquez Martínez C. Manejo nutricional de la diarrea crónica funcional asociada a desnutrición con una dieta peptídica: un caso clínico. Nutr Hosp 2018;35:747-749

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.1872>

©Copyright 2018 SENPE y ©Arán Ediciones S.L. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-SA (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

Correspondencia:

Miguel Aganzo Yeves. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Av. de los Reyes Católicos, 2. 28040 Madrid
e-mail: Miguel.aganzo@fjd.es

INTRODUCCIÓN

La diarrea funcional se define como un síndrome continuo o recurrente caracterizado por el paso de heces sueltas (blandas) o acuosas sin dolor abdominal o malestar, que no se explica por anomalías estructurales o bioquímicas (1).

Acorde al diagnóstico y la clasificación de Roma IV, y a la espera de un término que sea diferencial para distinguirlo de otros trastornos similares, la diarrea funcional es considerada como un trastorno de interacción "intestino-cerebro". La diarrea funcional pertenece a un grupo de trastornos relacionados con cualquier combinación de alteraciones de la motilidad, hipersensibilidad visceral, procesamiento del sistema nervioso central, microbiota intestinal, alteración de la función de la mucosa y de la función inmune (2).

La diarrea se considera crónica cuando su duración es superior a cuatro semanas (3) y puede clasificarse por la frecuencia, el volumen, la consistencia y la localización, bien en intestino delgado o en intestino grueso. Cuando las deposiciones son de volumen pequeño y frecuentes, sugieren una alteración en la capacidad de almacenamiento del colon rectosísmoide, mientras que la diarrea acuosa de gran volumen es más sugerente de un proceso en el intestino delgado o, menos comúnmente, en el colon derecho. Las características de las heces son probablemente el esquema de clasificación más utilizado para determinar la etiología de la diarrea crónica (4).

La ausencia de una serie de síntomas, la normalidad de la analítica sanguínea y la negatividad de los exámenes en heces para agentes infecciosos sugieren que la diarrea crónica es de causa funcional. Además, hay una relación entre diarrea crónica y malabsorción, ya que la malabsorción se manifiesta con frecuencia como un cuadro de diarrea crónica (5).

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 43 años, sin tratamiento farmacológico, con antecedentes personales de síndrome de Reed (leiomiomatosis hereditaria y cáncer renal), osteopenia, hemangioma hepático, esofagitis leve y úlcera péptica, en seguimiento en las consultas de digestivo del Hospital Fundación Jiménez Díaz por diarrea crónica.

Se derivó al Servicio de Endocrinología y Nutrición con criterio de desnutrición leve, con una pérdida progresiva de peso de larga evolución y especialmente agresiva de 7 kg en el último año. Asimismo, inició seguimiento en la consulta específica de cáncer hereditario. Hasta el momento, carecía de diagnóstico y se desconocía la etiología de la diarrea.

En las pruebas realizadas se descartaron celiaquía, intolerancias a la lactosa y a la fructosa, parásitos intestinales y *Helicobacter pylori*. La ecografía abdominal no mostró hallazgos significativos y la biopsia intestinal y la bioquímica mostraron valores normales (Tabla I).

En la consulta describió pérdida de peso progresiva durante cinco años y más acusada en el último año. Su peso al inicio

Tabla I. Parámetros bioquímicos iniciales

Glucosa mg/l	89
Hemoglobina	13,4
Albúmina g/dl	4,4
Prealbúmina mg/dl	21,33
Creatinina mg/dl	0,72
Proteínas totales g/dl	7,2
Linfocitos %	21,6
Colesterol total mg/dl	152
Proteína C-reactiva mg/dl	0,01
Sodio mmol/l	141
Potasio mmol/l	4,1
Cloro mmol/l	106
Transferrina mg/dl	253
Calprotectina mg/kg	16,00
Elastasa mcg/g	> 500
TSH µU/ml	1,260
T4 libre ng/dl	1,00
ACTH pg/ml	15,60
Cortisol ug/dl	8,82

de este último año fue de 60 kg. Describió una diarrea crónica, diaria, sin urgencia defecatoria, de consistencia acuosa y sin dolor y mostró una evidente preocupación por astenia, problemas cognitivos leves (problemas de atención, pensamiento y memoria), taquicardias, sudoración, pérdida de la libido y especialmente pérdida de fuerza y peso muscular. No refirió meteorismo ni presentó dolor a la palpación abdominal. Sus medidas fueron: peso 52,8 kg, talla 170 cm, índice de masa corporal (IMC) 18,2 kg/m² (desnutrición leve), un 12% de pérdida de peso en el último año y 26 cm de circunferencia media braquial (CMB).

No asoció como elemento desencadenante de la diarrea el consumo de algún alimento específico. Había probado algunas modificaciones dietéticas (dieta baja en FODMAP y dieta sin lactosa y sin gluten) sin mejora en el control de la diarrea y del peso. Describía buen apetito y la cantidad de alimento era adecuada en cada ingesta. Su alimentación era saludable, dentro del patrón mediterráneo, con alimentos naturales y escaso consumo de alimentos envasados y procesados. No refería estrés en su vida cotidiana, a excepción del causado por su pérdida de peso y sintomatología asociada. La práctica de deporte era habitual; no fumaba ni consumía alcohol.

Se prescribió una dieta de 2.200 kcal (40 kcal/kg/día) con recomendaciones de enriquecimiento de platos y pautas específicas para evitar la estimulación del intestino e irritación de la mucosa. Adicionalmente, se pautaron ejercicios de relajación y se recomendó un probiótico diario (Vivomix®) para tratar la probable disbiosis intestinal. Se citó revisión de seguimiento mensual para evolución de síntomas y peso.

En la revisión, y tras un mes de seguimiento estricto de las pautas indicadas, la paciente refirió que persistían las deposiciones diarreicas acuosas, diarias y sin urgencia defecatoria, presentó una mayor astenia y continuó perdiendo peso, hasta llegar a 52,4 kg y masa muscular CMB 24 cm.

Dada la incapacidad de aumentar cuantitativamente el consumo diario de alimentos, se decidió reajustar calorías a 1.400 kcal/d con alimentación oral y suplementar un aporte de 800 kcal/d con una dieta peptídica normocalórica e hiperproteica (Bi¹ Pepticare[®]) con el fin de lograr una mejora en la absorción intestinal.

La paciente acudió a la semana con una visible mejoría de los síntomas. Mostró una recuperación notable de peso de 1,5 kg (53,9 kg), describió mejora en el estado anímico, mejora en la fuerza (CMB 24,5) y mejora en la astenia y observó un cambio en la consistencia de las deposiciones, describiéndolas de apariencia más pastosas. Se decidió continuar con las mismas pautas de dieta y suplementación. De nuevo en la revisión semanal, se apreció ganancia de peso (54,5 kg), hasta alcanzar normopeso por IMC (18,8 kg/m²), ausencia de astenia, progresión en la mejora de la fuerza muscular, mejora del estado anímico y mejora cognitiva.

Con el fin de un diagnóstico concluyente y a lo largo de este periodo se realizaron otras pruebas exploratorias. Para descartar una patología endocrinológica o un tumor neuroendocrino se solicitaron perfiles específicos y metanefrinas, obteniéndose valores normales (Tabla II). Además, mediante enterorresonancia no se observaron lesiones y a través de una cápsula endoscópica se hallaron lesiones petequiales aisladas y angiodisplasia de intestino delgado, cuyo diagnóstico no justificaba la causa de la disfunción intestinal. Finalmente, digestivo concluyó su diagnóstico como síndrome diarréico de perfil funcional (probable síndrome de intestino irritable [SII]).

Con base en el diagnóstico y dada la mejora de la diarrea y recuperación del peso, se llevó a cabo un refuerzo de las recomendaciones nutricionales para el manejo del SII y se mantuvo la elección del suplemento peptídico. Tras seis meses de evolución, la paciente fue capaz de controlar el peso y mantuvo la mejoría en la diarrea crónica, si bien las deposiciones no llegaron a ser completamente de consistencia normal. Actualmente, continúa con revisiones periódicas de control.

La relevancia de este caso se debe a que nuestra paciente, después de cinco años de pérdida intencionada de peso a causa de diarrea crónica de perfil funcional, tiene un buen estado nutricional y una buena calidad de vida con ayuda de suplementación con dieta peptídica.

Tabla II. Determinación de metanefrinas y marcadores específicos de tumor neuroendocrino

Normetanefrina orina mcg/24 h	154
Metanefrina orina mcg/24 h	62,1
VIP pmol/l	4,7
CgA ng/ml	56,10

DISCUSIÓN

El cuadro en nuestra paciente se presentó con una sintomatología atípica de SII, ya que, normalmente, este trastorno funcional cursa con dolor o desconfort abdominal. No presentó dolor abdominal y tanto la distensión como el meteorismo no fueron significativos, síntomas también frecuentes en personas con trastornos digestivos de tipo funcional. Además, las deposiciones en el SII que cursa con diarrea suelen ser sueltas, acuosas y en ocasiones de urgencia y difíciles de controlar. La paciente no experimentaba urgencia defecatoria.

Respecto a la suplementación peptídica, la elección fue a expensas de completar las pruebas, anterior al diagnóstico definitivo y en base al algoritmo de desnutrición calórica-proteica (6). En nuestro caso, con una función gastrointestinal comprometida, optamos por una dieta peptídica dada su mayor facilidad absorbiva (7) y elegimos una formulación normocalórica e hiperproteica de baja osmolaridad.

El tratamiento nutricional fue prescrito acorde con las guías para el soporte nutricional de los pacientes con síndrome de intestino irritable de la Sociedad Española de Gastroenterología (8), las guías NICE (9) y ESPEN (10).

En conclusión, este caso clínico muestra que algunas diarreas son calificadas de funcionales y asociadas a cualquier situación como síndrome de intestino irritable. Cuando son de larga evolución, pueden llevar a malnutrición que afecta sin duda a la propia mucosa intestinal y a los procesos digestivos y absorbivos y, aun no constituyendo un síndrome de malabsorción en toda regla, se puede beneficiar de un periodo de tratamiento con dieta peptídica cuyas características favorecen una absorción mejor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dellon ES, Ringel Y. Treatment of functional diarrhea. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2006;9(4):331-42.
2. Schmulson MJ, Grossman DA. What is new in Rome IV. *J Neurogastroenterol Motil* 2017;23(2):151-63. DOI: 10.5056/jnm16214
3. Fine KD, Schiller LR. AGA technical review on the evaluation and management of chronic diarrhea. *Gastroenterology* 1999;116(6):1464-86.
4. Headstrom PD, Surawicz CM. Chronic diarrhea. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2005;3(8):734-7. DOI: 10.1016/S1542-3565(05)00298-3.
5. Esteve Comas M, Monfort Miquel D. Diarrea crónica y malabsorción intestinal. En: Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. Ponce J. ed. Elsevier Doyma; 2011 pp. 223-32
6. Mesejo A, Carbonell N, Castro O. Conceptos básicos de la nutrición enteral y parenteral. Otros abordajes terapéuticos de la malnutrición. *Medicine* 2002;8(87):4700-8. [https://doi.org/10.1016/S0304-5412\(02\)70872-X](https://doi.org/10.1016/S0304-5412(02)70872-X)
7. Martínez O, Martínez de Victoria E. Proteínas y péptidos en nutrición enteral. *Nutr Hosp* 2006;21(Supl. 2).
8. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el síndrome del intestino irritable. Manejo del paciente con síndrome del intestino irritable. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2005.
9. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management. Clinical guideline [CG61]. Febrero 2008 (última actualización).
10. Cabré E. Clinical Nutrition University: nutrition in the prevention and management of irritable bowel syndrome, constipation and diverticulosis. e-SPEN Eur E J Clin Nutr Metab 2011;6:e85-e95.

Fe de erratas

En el artículo “Características antropométricas en jugadores chilenos de tenis de mesa de nivel competitivo”, publicado en la revista *Nutrición Hospitalaria* 2015;32(4):1689-94, hubo un error en la filiación de los autores.

En el artículo figuraba lo siguiente:

Rodrigo Yáñez Sepúlveda¹, Fernando Barraza², Giovanni Rosales Soto³, Eduardo Báez⁴ y Marcelo Tuesta⁵

¹Facultad de Filosofía y Educación, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. ²Escuela de Educación. Pedagogía en Educación Física, Universidad Viña del Mar. ³Facultad de Ciencias de la Actividad Física, Universidad San Sebastián. ⁴Departamento de Deportes y Recreación, Universidad de Playa Ancha. ⁵UDA Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile

Y lo correcto debería ser:

Cristián Fuenzalida Alvaréz¹, Cristián Sierra Barrera¹, Gerardo Díaz Hidalgo¹, Fernando Barraza¹, Rodrigo Yáñez Sepúlveda², Giovanni Rosales Soto³, Eduardo Báez⁴ y Marcelo Tuesta⁵

¹Escuela de Educación. Pedagogía en Educación Física. Universidad Viña del Mar. ²Facultad de Filosofía y Educación. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. ³Facultad de Ciencias de la Actividad Física. Universidad San Sebastián. ⁴Departamento de Deportes y Recreación, Universidad de Playa Ancha. ⁵UDA Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile

La nueva referencia de artículo sería: Fuensalida Alvarez C, Sierra Barrera C, Diaz Hidalgo G, Barraza F, Yáñez Sepúlveda R, Rosales Soto G, Báez E, Tuesta M. Características antropométricas en jugadores chilenos de tenis de mesa de nivel competitivo. Nutr Hosp 2015;32(4):1689-94. Corrección en *Nutrición Hospitalaria* 2018;35(3):750