

## Pérdida de peso en varón de 20 años

Sr. Editor:

En el mes de julio de 2005 acudí a nuestra consulta un varón de 20 años, acompañado de su madre, refiriendo un cuadro tórpido de 2 meses de evolución de diarrea de hasta 6 deposiciones líquidas diarias que, en ocasiones, presentaban sangre roja mezclada con las heces sin otros productos patológicos. Se acompañaba de dolor abdominal en fosa iliaca izquierda que, generalmente, mejoraba tras la deposición. Además, destacaba la hiporexia y una "importante" (aunque no cuantificada) pérdida de peso.

Como antecedentes personales destacaban: alergia a Penicilina y obesidad. Su padre padecía Diabetes Mellitus tipo 2 y dislipemia; una de sus hermanas, Colitis Ulcerosa.

En la historia clínica constaba un peso previo (6 meses antes) de 89,8 kg e IMC de 30,7. En la exploración física actual, el peso fue de 74 kg (IMC 25,3); lo que implica una pérdida grave (ver tabla 1) del 17,6% respecto al previo. Ningún otro hallazgo de interés y constantes dentro de la normalidad. En el tacto rectal no se apreciaban fisuras ni hemorroides y el dedo de guante salía manchado de restos de heces con hilos de sangre roja entremezclados.

Valoración de la pérdida de peso	Significativa	Grave
1 semana	1-2%	> 2%
1 mes	5%	> 5%
3 meses	7,5%	> 7,5%
6 meses	10%	> 10%

**Tabla 1.** Valoración de la pérdida de peso (tomada de González Y. Síndrome constitucional. En: Senent CJ, editor. 131 motivos de consulta en Atención Primaria. Madrid: Luzán S; 1990. p.449-512.)

Se realizó una glucemia capilar con un valor que resultó dentro de la normalidad y se solicitaron las siguientes pruebas diagnósticas: hemograma y bioquímica en la que incluimos pruebas de función tiroidea, coprocultivo y parásitos en heces, sistemático de orina y una radiografía simple de abdomen.

A los 15 días acudió de nuevo por agravamiento del cuadro con sangre roja en todas las deposiciones. Había perdido otro kilo, y la astenia y anorexia eran más marcadas. En las pruebas solicitadas sólo se encontró una ferritina baja con una eosinofilia del 10%. Los coprocultivos eran negativos y en la prueba de imagen no había hallazgos significativos.

En este punto de la evolución, decidimos derivar al Servicio de Urgencias de nuestro hospital de referencia por la persistencia y la gravedad del cuadro, ya que se podría realizar el estudio completo de una manera más rápida. Ante este cuadro se nos planteó el siguiente diagnóstico diferencial en relación a las causas de "pérdida de peso" (tabla 2).

Por otro lado parece claro tratarse de una diarrea de características exudado-inflamatorias donde la alteración de la integridad de la mucosa intestinal provoca característicamente heces mezcladas con sangre, moco o pus (tabla 3).

El paciente estuvo ingresado en el Servicio de Digestivo durante 14 días con el diagnóstico, tras la colonoscopia y toma de biopsias, de Colitis Ulcerosa con afectación rectosigmoidea en brote de actividad moderada-severa.

### COLITIS ULCEROSA (CU)

Junto a la Enfermedad de Crohn (EC), forma la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, dos tipos de la misma entidad, caracterizada por la inflamación crónica del tracto gastrointestinal. En la CU casi el 50% de los casos cursa con afectación de recto y sigma, con una afectación continua y superficial de la mucosa (a diferencia de la EC, donde es parcheada y transmural).

<b>Causas médicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enf. Malignas: neoplasias ocultas (cáncer de estómago, colon, páncreas, hígado, linfoma,...).</li> <li>- Enf. Endocrinometabólicas: Diabetes Mellitus e hipertiroidismo.</li> <li>- Enf. Infecciosas: Tuberculosis; Infección por VIH; Parasitosis intestinales.</li> <li>- Enf. gastrointestinales: ulcera péptica, reflujo gastroduodenal; Enfermedad inflamatoria intestinal (EEI).</li> <li>- Causas neurológicas: Demencia, ictus cerebral.</li> </ul>
<b>Trastornos psiquiátricos y del comportamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Depresión, ansiedad, duelo, anorexia nerviosa.</li> <li>- Alcoholismo, drogadicción.</li> </ul>
<b>Factores relacionados con la edad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incapacidad funcional por cualquier causa.</li> <li>- Disminución del sentido del gusto y olfato.</li> </ul>
<b>Causas sociales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aislamiento</li> <li>- Problemas económicos</li> <li>- Sociopatía</li> </ul>
<b>Fármacos</b>	Laxantes, codeína, digitálicos, diuréticos, etc.

**Tabla 2.** Causas más frecuentes de pérdida de peso (Modificado de Gutiérrez Casares M, López Municio F. Pérdida de peso. En: Guía de actuación en Atención 1aria. SemFYC. 2a edición. Barcelona: Edide; 2002. p. 36-39.)

Los síntomas más frecuentes son la diarrea con sangre y/o moco, la hemorragia franca rectal y, de una manera más infrecuente, el dolor abdominal tipo cólico que suele ceder con la deposición. Se puede acompañar de fiebre, anorexia, pérdida de peso y malestar general.

El diagnóstico de la CU se va a basar, además de en una cuidadosa historia clínica, en la Colonoscopia o sigmoidoscopia con toma de biopsias de la mucosa. Otras pruebas diagnósticas de interés serán:

- Examen de heces, donde no se encontraran bacterias, parásitos ni toxinas de Clostridium Difficile.
- Hemograma, donde puede haber aumento de la VSG, de la PCR, trombocitosis y anemia.
- Radiografía simple de abdomen, donde se puede apreciar edema de la pared intestinal con irregularidad en la mucosa colónica. Además, puede mostrar segmentos del intestino con gran dilatación que van a definir una complicación grave de la CU: el Megacolon Tóxico.

Con respecto al diagnóstico diferencial, el más importante sería el Síndrome del Intestino Irritable. Éste se

trata de un diagnóstico de exclusión donde no aparecerían datos de alarma y los resultados de las pruebas complementarias son normales.

Las hemorroides internas se presentarían con sangre roja y brillante que no se mezcla con las heces. La colonoscopia es la prueba de elección.

Otro cuadro a tener en cuenta es la infección por parásitos y otros agentes, donde el cultivo y la biopsia permiten su diagnóstico diferencial.

El papel del médico de familia, con respecto a los pacientes con EEI, iría encaminado a:

- Contribuir con el diagnóstico temprano.
- Asesorar sobre dieta, cumplimiento terapéutico y efectos adversos de los fármacos.
- Tratar los brotes leves o moderados.
- Realizar el seguimiento de forma coordinada con la atención especializada.
- Captar a los pacientes con más de 8-10 años de diagnóstico que no hagan revisiones para realizarse el seguimiento endoscópico ante el riesgo de degeneración maligna.

<b>Diarrea osmótica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Laxantes: lactulosa, sales de magnesio y fosfatos.</li> <li>- Edulcorantes: manito, sorbitol, fructosa.</li> <li>- Déficit de disacaridasas intestinales:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Secundario: infecciones, EEI, enfermedad celíaca, asa ciega</li> <li>- Primario: congénito o adquirido</li> </ul> </li> <li>- Malabsorción de monosacáridos:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Secundaria: diarrea infecciosa</li> <li>- Primaria: glucosa-galactosa</li> </ul> </li> </ul>
<b>Diarrea secretora</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso y abuso de laxantes estimulantes.</li> <li>- Infección intestinal enterotoxigénica.</li> <li>- Enfermedad inflamatoria intestinal.</li> <li>- Hipertiroidismo.</li> <li>- Malabsorción de ácidos grasos y sales biliares.</li> <li>- Enfermedad celíaca.</li> <li>- Cirugía gastrointestinal.</li> <li>- Neoplasias: carcinoma de colon, linfomas, sd. Carcinoide, cáncer medular de tiroides, vipoma, adenoma vellosa de recto.</li> </ul>
<b>Diarrea motora</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Síndrome del intestino irritable.</li> <li>- Neuropatía diabética.</li> <li>- Hipertiroidismo.</li> <li>- Fármacos colinérgicos, procinéticos.</li> <li>- Impactación fecal (Pseudodiarrea).</li> <li>- Síndrome del asa ciega; resección ileocólica.</li> </ul>
<b>Diarrea exudado-inflamatoria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infecciones: bacterianas (salmonella, shigella), víricas (VIH, adenovirus), hongos (cándida, histoplasma), parásitos (giardias, amebas).</li> <li>- Procesos inflamatorios: enfermedad inflamatoria intestinal, colitis posradiación, enterocolitis pseudomembranosa.</li> <li>- Diarrea inducida por antibióticos.</li> </ul>

**Tabla 3.** Mecanismos etiopatogénicos de la diarrea crónica (Modificado de: De la Figuera von Wichmann E. Diarrea crónica. En: Guía de actuación en Atención 1<sup>aria</sup>. SemFYC. 2<sup>a</sup> edición. Barcelona: Edide; 2002. p. 713-16.)

- Se debería valorar la derivación en los siguientes casos:
  - Todos los casos para una 1a evaluación.
  - Situaciones clínicas graves.
  - Mala respuesta en brotes leves o moderados.
  - Existencia de síntomas extraintestinales (artropatía periférica, eritema nodoso, espondilitis anquilosante, uveítis anterior,...).

**Cristina Pintor Córdoba,  
Javier Carmona de la Morena  
Centro de Salud de Sillería, Toledo, España.**

Correspondencia Ronda de Buenavista 16, Portal 6, Esc. Dcha.,  
2º A. 45005. Toledo Telf.: 620447669.  
Correo electrónico: cristaran@yahoo.es.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Barajas Gutiérrez MA, Herrera Municio P. Patología digestiva. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 5ª edición. Madrid: Elsevier; 2003. p 1351-55.
- De la Figuera von Wichmann E. Diarrea crónica. En: Guía de actuación en Atención 1ª. SemFYC. 2ª edición. Barcelona: Edide; 2002. p. 713-16.
- Guías Clínicas 2003- Enfermedad Inflamatoria Intestinal. URL: <http://www.fisterra.com/guias2/eii.asp>.
- Guías Clínicas 2002- Diarrea crónica. URL: <http://www.fisterra.com/guias2/diarrea.asp>.
- Gutiérrez Casares M, López Municio F. Pérdida de peso. En: Guía de actuación en Atención 1ª. SemFYC. 2ª edición. Barcelona: Edide; 2002. p. 36-39.
- James DM. Enfermedades del intestino grueso y delgado. En: Taylor RB. Medicina de Familia. Principios y práctica. 6ª edición. Barcelona: Masson; 2006. p 834-36.