



CASOS CLÍNICOS

DIARREA CRÓNICA ASOCIADO A ENFERMEDAD DE GRAVES-BASEDOW

CASE REPORT OF CHRONIC DIARRHEA IN GRAVES DISEASE

Dr. Johnny Sangalli Chuima*, Dr. Hugo Liuca Murga**

Recibido:08/02/2012
Aceptado:27/03/2012

RESUMEN

Se define diarrea crónica como la persistencia de deposiciones líquidas que dura más de cuatro semanas, generalmente asociado a una enfermedad sistémica de orden endocrinológico o inmunológico inclusive motora. Además es un signo que revela alteración en las funciones del intestino como ser la digestión, absorción, motilidad y/o secreción.

Dentro de la causa endocrinológica más frecuente esta el hipertiroidismo que no es más que un proceso patológico caracterizado por la hiperfunción tiroidea seguido de secreción en grandes cantidades de hormonas tiroideas (T3 y T4). Siendo la enfermedad de Graves-Basedow la más representativa cuya clínica se manifiesta por intolerancia al calor, palpitaciones, piel húmeda, diarrea, pérdida de peso, irregularidades menstruales, irritabilidad, y labilidad emocional.

Palabras clave: Diarrea crónica, hipertiroidismo.

INTRODUCCIÓN

La diarrea crónica se define como la persistencia de deposiciones líquidas y aumento en la frecuencia por más de 4 semanas, además es un signo que revela la alteración fisiopatológica de una o varias de las funciones del intestino como ser en: digestión, absorción, motilidad o secreción. Debido fundamentalmente a un exceso de agua fecal, que disminuye la consistencia de las heces, generalmente acompañada de un aumento del volumen fecal.

Los mecanismos que explican su aparición se detallan en la Cuadro N° 1.

Es así que observando la Cuadro N° 1, una de las causas más frecuente de diarrea crónica es el hipertiroidismo precedido por el síndrome intestino irritable.

El hipertiroidismo es una entidad patológica caracterizado por el incremento de la función tiroidea consiguientemente el incremento de secreción de hormonas tiroideas (T4 y T3), en relación a las necesidades del organismo, produciendo un estado de tirotoxicosis.

Enfermedad de Graves-Basedow es la causa más frecuente de hipertiroidismo,

* Medicina General

** Jefe de Servicio de Medicina Interna y Docente del Internado Rotatorio. Hospital Municipal Modelo Coreo. Servicio de Medicina Interna. El Alto, La Paz-Bolivia

Responsable: Dr. Johnny Sangalli Chuima. E-mail:

Cuadro N° 1 ETIOLOGIA DE LA DIARREA			
INFLAMATORIA	OSMOTICA	SECRETORA	ALTERACION MOTILIDAD
Enf. De Crohn	Insuf. Pancreática	Síndrome carcinoide	Síndrome intestino irritable
Colitis isquémica	Sobrecrecimiento bacteriano	Mastocitosis sistémica	Hipertiroidismo
Enterocolitis por radiación	Enfermedad celiaca	Síndrome Zollinger-Ellison	Síndrome post. vagotomía
Gastroenteritis eosinofílica	Enfermedad de Wipple	Colitis microscópica	Síndrome malabsorción

siendo más frecuente en mujeres con una relación 10:1 respecto al hombre, con inicio después de la cuarta década de la vida y con predisposición familiar (se relaciona con HLA DR3 y B8).

Su etiología es autoinmune, pudiendo asociarse a otras enfermedades autoinmunes. Se producen anticuerpos que se unen al receptor tiroideo (TSI, TSAb, TSH, TBII, TRAb, TRAC) y, de forma global, producen activación del mismo (efecto TSH-like), apareciendo crecimiento del tiroides (bocio) y aumento de la síntesis de hormonas tiroideas (hipertiroidismo primario).

La clínica se caracteriza una triada constituida por bocio difuso, exoftalmos y mixedema pretibial.

Síntomas: nerviosismo, labilidad emocional, temblor, palpitaciones, disnea, intolerancia al calor, pérdida de peso a pesar de aumentar la ingesta, diarrea, alteraciones menstruales, apatía en ancianos.

Signos: bocio difuso, taquicardia, arritmias (fibrilación auricular, resistente al tratamiento con digoxina), retracción palpebral con signo de Moebius (pérdida de convergencia ocular) y de Von Graefe, piel caliente y húmeda, hiperhidrosis, onicolisis (uñas de Plummer).

El diagnóstico tiene como base fundamental la anamnesis y la exploración física, acompañado de pruebas específicas como ser la THS us disminuida, T4 libre elevado, además de la ecografía y gammagrafía de tiroides.

Tratamiento médico: Se realiza en estadios iniciales con fármacos antitiroideos como ser el Propiltiouracilo 300 a 600 mg por vía oral por día dividido en 3 tomas hasta lograr estado eutiroideo, y continuar con dosis de mantenimiento (100 a 300 mg) durante 12 a 24 meses), también se puede utilizar en algunas circunstancias en forma complementaria los betabloqueantes como el propranolol de 40-120 mg VO c/día o Atenolol 50 a 100 mg por vía oral por día.

Tiroidectomía: Se realiza en bocios de gran tamaño

Empleo de radioyodo en dosis de 50-80µCi/g de tejido tiroideo en dosis fraccionadas).

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de sexo femenino de 67 años de edad, que ingresa al hospital por presentar deposiciones líquidas persistentes con frecuencia de 6 veces/día color amarillo, fétidos de cuatro meses de evolución, además refiere pérdida de peso, intolerancia al calor, aumento de apetito, diaforesis, astenia y fatiga.

Paciente natural de la Provincia Pacajes-LaPaz, comerciante, colecistectomizada hace 7 años atrás.

Al examen físico, paciente hiperquintética, confusa, piel fina y caliente, temblor distal, con TCSC disminuido, pálidas y presencia de onicolisis.

Peso: 36 kg, Talla: 1.39m; FC: 110 lpm; PA: 130/70; T: 38,2.

Aumento de volumen de glándula tiroides, protrusión del globo ocular bilateral (Exoftalmos).

Corazón rítmico nomofonético taquicárdica, sin sobreagregados; pulmones con murmullo vesicular conservado. Abdomen blando depresible, doloroso a la palpación profunda en mesogastrio, hipogastrio y flancos, RHA (+) hiperactivos, y aumento de volumen en región pretibial pruriginosa, Godet (-).

Impresión diagnóstica:

1. Hipertiroidismo
2. Síndrome diarreico

Se solicitan exámenes complementarios que reportan: Hemograma con Hb: 13,6, Hto: 40 %; Leucocitos: 4000; segmentados 57%. Glicemia: 121 mg/dl, Creatinina: 1.0 mg/dl, Grupo O Rh +, Examen general de Orina dentro de parámetros normales.

Además se solicita T4 libre y TSH us, cuyos resultados fueron confirmatorios para hipertiroidismo (Cuadro N° 2).

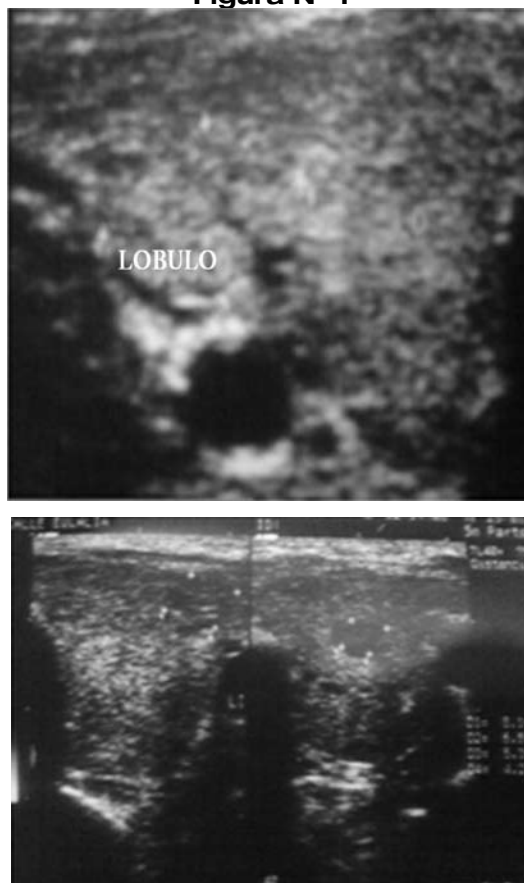
Cuadro N° 2: RADIOINMUNOANÁLISIS		
Hormonas	Paciente	Valor normal
T3	600 ng/dl	86-187 ng/dl
T4	24 ug/dl	4.5-12.5 ug/dl
TSH us	0.02 uUI/ml	0.3-4 uUI/ml

La ecografía tiroidea cuya conclusión fue nódulos sólidos en ambos lóbulos tiroideos (Figura N° 1).

DISCUSIÓN

La diarrea crónica generalmente corresponde al 12-33% de las manifestaciones clínicas del hipertiroidismo esto debido a la aceleración del tránsito intestinal y alteraciones del transporte electrolítico observadas en esta entidad. Clínicamente se caracterizan por ser muy voluminosas, acuosas, típicamente indoloras, y persistentes a pesar del ayuno. Como no hay malabsorción de solutos, la osmolaridad fecal depende de la normalidad de los electrolitos endógenos sin que exista diferencia osmótica fecal.

Figura N° 1



Paciente egresa en buenas condiciones bajo tratamiento médico con propanolol e instrucción de valoración y manejo con Endocrinología.

No olvidemos que la diarrea crónica puede presentarse en distintas patologías como la enfermedad de Addison, colon irritable, enfermedad celiaca, y otros.

Por lo tanto es importante hacer el diagnóstico diferencial con todas estas patologías ya que la diarrea crónica siempre es secundaria a una alteración suscitada en el entorno endocrinológico y alteraciones de orden motora, o inmunológico.

Por lo tanto en el presente paciente la diarrea crónica fue uno de los más relevantes datos que nos guía a el diagnóstico de hipertiroidismo además otros signos y síntomas. Ahora evaluamos el caso con la escala de tirotoxicosis, y se concluye en lo siguiente cuadro N° 3:

Cuadro N° 3

Síntomas	Presentes	px	Signos	Presentes	px	Ausentes	px
Astenia	+2		Bocio	+3		-3	
Disnea de esfuerzo	+1		Soplo toroideo	+2		-2	
Palptaciones	+2		Hiperquinesia	+4		-2	
Prefiere frio	+5		Temblor	+1		0	
Prefiere calor	-5		Manos calientes	+2		-2	
Sudoración	+3		Manos húmedas	+1		-1	
Nerviosismo	+2		Pulso >90/min	+3		0	
Apetito aumentado	+3		Pulso <80/min	0		-3	
Apetito disminuido	-3		F. auricular	+4		0	
Aumento de peso	-3		Signo de Graefe	+1		0	
Perdida de peso	+3		Retracción palpebral	+2		0	
			Exoftalmos	+2		0	
<10 eutiroidismo: e/11-19 dudoso:> 19 hipertiroidismo							

Se observa una puntuación de 29 puntos compatible con hipertiroidismo. Por lo que se concluye Diarrea crónica secundaria a hipertiroidismo.

Clínicamente se confirma el estado de tirotoxicosis, a esto incluimos la presencia de exoftalmos, bocio difuso, mixedema pretibial lo cual nos orienta a la enfermedad Graves-Basedow.

CONCLUSIÓN

En la mayoría de los casos la diarrea crónica es debido a una alteración sistémica, trastornos de orden motora, endocrinológico e inmunológico, por lo tanto es necesario realizar un análisis exhaustivo del cuadro clínico con los distintos diagnósticos diferenciales Ej.: Síndrome Adisson, enfermedad celiaca, colon irritable, y el hipertiroidismo.

Un Historial clínico bien elaborado nos conducirá siempre al diagnóstico en un 80%, siendo el resto trabajo de los estudios complementarios y de gabinete.

REFERENCIAS

1. FARRERAS - ROZMAN; *MEDICINA INTERNA*; 15ta Ed. Madrid; El Sevier; 2004.
2. HARRISON; *ISSELBACHER PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA*; 15 Edición; Editorial El Manual Moderno; México; 2001. JAY H. STEIN *MEDICINA INTERNA*, 2da Ed., Madrid, España 1989
3. Mazzaferri; *ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN Tratado de Endocrinología de Williams 11ªEd - El Sevier España*; 2003.
4. Roca Goderich R., et all; *Medicina Interna*; 4° Edición; Editorial; La Habana, 2002.
5. GUYTON - HALL *TRATADO DE FISIOLOGÍA MÉDICA*; 10ma Edición; España; 2000
6. Ródes J., Guardia J.; *MEDICINA INTERNA de Massson*; Editorial Masson Multimedia; Barcelona-España; 1997; Pag. 2540-2541.