

La diarrea crónica a pediatría

2026

Pediatría ACEBA





Diarrea crònica a pediatria

Definició

Fisiopatologia

Algoritme d'actuació

Signes d'alarma

Diarrea funcional

Altres consideracions del maneig de la
diarrea crònica



Gloria Ruiz Aragón

Pediatra

Pediatria dels Pirineus SCCLP

DEFINICIÓ

Augment del nombre i/o disminució de la consistència de les deposicions en relació amb el patró habitual de defecació, que es prolonga >14 dies. Es considera diarrea un volum >10 g/kg/dia en lactants o >200 g/m2 en nens més grans.

FISIOPATOLOGIA

- Osmòtica (per presència de soluts). Cedeix amb el dejuni. Volum <200 mL/24h, Na⁺ <70 mEq/L, cossos reductors +, pH <5.
- Secretora (per toxines, hormones o neurotransmissors). No cedeix amb el dejuni. Volum >200 mL/24h, Na⁺ >70 mEq/L, pH >6.
- Trastorn de motilitat (tant hipermotilitat com hipomotilitat, per exemple a SIBO).
- Inflamatòria (per dany a la mucosa).
- Mixtes.

ALGORITMO DE ACTUACIÓN

1. Anamnesi. Edat (taula 1) característiques de la femta (taula 2), símptomes associats (vòmits, hiporèxia, dolor abdominal, símptomes perianals, símptomes extradigestius...), possibles desencadenants (nous aliments, fàrmacs, viatges, gastroenteritis aguda...), antecedents personals.

Taula 1

Edat	Etiologia més freqüent
<1 mes	Defectes congènits
<1 any	Hipersensibilitat a la proteïna de la llet de vaca o altres proteïnes, sde. postenteritis, intolerància secundària a disacàrids, errors dietètics, giardiasi, diarrea funcional, fibrosi quística, infeccions de repetició.
1-3 anys	Diarrea funcional, giardiasi, celiaquia, intolerància secundària a disacàrids, infeccions de repetició.

>3 anys	Síndrome de l'intestí irritable, celiaquia, intolerància primària a la lactosa o altres disacàrids, malaltia inflamatòria intestinal
---------	--

Tabla 2

Característiques	Possible etiologia
Deposicions líquides, explosives i àcides	Intolerància a disacàrids
Deposicions brillants, voluminoses, que suren i fèrides	Insuficiència pancreàtica exocrina
Deposicions amb moc i/o sang, tenesme, predomini nocturn	Malaltia inflamatòria intestinal

2. Exploració física. Estat nutricional, corba ponderal i estatural, distensió abdominal, inspecció perianal, alteracions mucocutànies, fenotip.

3. Proves de primer nivell

3.1. Analítica (hemograma, glucèmia, ions, funció renal, funció hepàtica, proteïnes i albúmina, lípids, estudi del ferro, vitamina B12, àcid fòlic, funció tiroïdal, PCR, VSG, IgA total, IgA antitransglutaminasa, estudi immunològic (Igs i complement)

3.2. Coprocultiu i paràsits

3.3. Urocultiu en lactants

3.4. Prova d'exclusió i provocació a hidrats de carboni i/oa proteïnes.

4. Proves de segon nivell (limitades a l'àmbit hospitalari).

4.1. Test no invasius: determinació de greix en femta, antitripsina fecal, elastasa fecal, calprotectina fecal, test d'hidrogen espirat, test de la suor.

4.2. Test invasius: gastrocolonoscòpia.

SIGNES D'ALARMA

Hem de derivar a gastroenterologia pediàtrica si a l'anamnesi, exploració o proves de primer nivell sospitem patologia orgànica que requereixi atenció especialitzada.

Pèrdua de pes o retard del creixement, signes de deshidratació, alteració hidroelectrolítica, edemes, vòmits associats, sagnat rectal, dolor o distensió abdominal persistents, deposicions nocturnes, tenesme, febre, analítica amb anèmia ferropènica o elevació de reactants, di. celiàquia, insuficiència pancreàtica, malaltia inflammatòria intestinal...).

DIARREA FUNCIONAL

La **diarrea funcional**, abans anomenada diarrea crònica inespecífica, és la causa més freqüent de diarrea crònica al lactant (>6 mesos) i el nen petit (<5 anys). Les deposicions solen ser durant el dia, més formades al matí que a la tarda i amb restes de vegetals sense pair. No sol afectar l'estat nutricional del nen. Cal tranquil·litzar els pares, tenint en compte el seu curs benigne i autolimitat. No requereix cap restricció dietètica, però augmentar la ingesta de greixos saludables a un 30-50% i reduir la ingesta de sucres envasats, edulcorants i fruites amb alt contingut a sorbitol pot ajudar al seu transcurs.

La **síndrome de l'intestí irritable (SII)** es defineix segons els criteris Roma IV com a dolor abdominal recurrent, amb una freqüència d'almenys un dia a la setmana durant els darrers tres mesos, que hagi començat almenys sis mesos abans del diagnòstic, i que s'associï a dos o més d'aquests criteris: el dolor està relacionat amb la defecació, amb un canvi en la freqüència de les femtes.

L'objectiu del tractament del SII és aconseguir que el nen faci una vida normal i l'empatia i explicar al pacient i a la família el caràcter benigne del quadre és fonamental. Els pacients amb SII es poden beneficiar de probiòtics i de teràpies cognitivoconductuals.



ALTRES CONSIDERACIONS DEL MANEIG DE LA DIARREA CRÒNICA

- Individualitzarem el tractament en funció de la sospita etiològica.
- Els probiòtics han demostrat una modesta eficàcia pel que es pot fer una prova terapèutica de 4 setmanes.
- A la síndrome postenteritis es pot una retirada empírica de la lactosa durant un període de 4-6 setmanes. Si en 1-2 setmanes no s'hi observa milloria, es retira addicionalment la proteïna de la llet de vaca. En tots dos casos s'haurien de reintroduir progressivament passat un període de 4-6 setmanes.
- Les parasitosis més freqüents al nostre medi són per *Giardia lamblia* i *Cryptosporidium parvum*. S'aconsella tractament amb metronidazol a 15 mg/kg/dia (en 3 dosis) durant 5-7 dies.
- En la intolerància primària a la lactosa del nen gran, s'ha de fer retirada de la lactosa durant 4 setmanes i posteriorment reintroduir fins a trobar nivell de tolerància. A la intolerància a la fructosa s'aconsella reduir progressivament la quantitat fins a trobar el llindar de tolerància.