

## Esprue tropical en México

HORACIO JINICH,\*  
JACOBO FEINTUCH y  
ALEJANDRO KROUHAM

---

*Se presentan 14 casos de esprue tropical, estudiados en la consulta privada de uno de los autores. El diagnóstico se basó en la siguiente constelación de datos: diarrea crónica, rebelde a tratamientos sintomáticos, dietéticos y antiparasitarios; síndrome de absorción intestinal deficiente; desnutrición secundaria; exclusión de otras enfermedades que cursan con absorción intestinal deficiente; y respuesta terapéutica positiva a antibióticos administrados por periodos prolongados. Las anormalidades histológicas del epitelio intestinal son inespecíficas. El dato de residencia presente o pasada en regiones donde el esprue tropical es endémico, cuando es positivo, es valioso para el diagnóstico, pero no se le debe dar un valor absoluto, so pena de bloquear toda posibilidad de descubrir la enfermedad en áreas geográficas en las que no se ha descrito previamente. Los casos que constituyen esta serie presentaron características clínicas y paraclínicas similares a las que se han descrito clásicamente. El hecho de que la mayoría de estos pacientes haya estado constituida por extranjeros radicados en una ciudad de clima subtropical no implica necesariamente que sea rara en la población indígena ni que sólo se presente en áreas tropicales.*

---

CLAVES: Esprue tropical, cuadro clínico, tratamiento.

Recibido: 9 de febrero de 1983.  
Aceptado: 28 de febrero de 1983.

\* Académico titular.

El concepto de esprue tropical es confuso.<sup>1</sup> En efecto, quienes a él se refieren en la literatura médica reconocen que carece, tanto de un patrón histológico típico, como de síntomas, signos, anormalidades de laboratorio y de rayos X específicos. Se desconoce su etiología, su respuesta terapéutica a la administración de ácido fólico es objeto de controversia y, en cuanto a su distribución geográfica, ni se encuentra en todas las regiones tropicales, ni es exclusivo de ellas, puesto que se ha descrito en zonas de clima templado.<sup>2</sup>

En consecuencia, quienes pretendan hablar de esprue tropical tienen la obligación de definir a qué se refieren.<sup>3</sup> El diagnóstico es legítimo si se presenta en un paciente el siguiente conjunto de datos: a) diarrea crónica; b) síndrome de absorción intestinal deficiente; c) desnutrición secundaria; d) anomalías histológicas, inespecíficas, de la mucosa intestinal; e) respuesta terapéutica positiva a antibióticos, administrados por periodos prolongados; f) residencia, presente o pretérita, en zona endémica; g) exclusión de otras enfermedades que cursan con el síndrome de absorción intestinal deficiente.

Los pacientes con esprue tropical tienen, como síntoma principal, diarrea caracterizada por evacuaciones frecuentes, diurnas y nocturnas, de heces semilíquidas o líquidas, pálidas, abundantes, fétidas, que tienden a flotar y a veces contienen grasa visible. Hay meteorismo, borborigmos, flatulencia y dolor intestinal. La desnutrición secundaria se presenta en los estadios intermedios y avanzados y se manifiesta clínicamente por debilidad, pérdida de peso, palidez y anorexia. En casos extremos hay ceguera nocturna, ardor bucal y anal, parestesias, queilosis, estomatitis, glositis, edema, hemorragias y tetania. El laboratorio permite documentar la absorción intestinal deficiente: excreción fecal aumentada de grasas; absorción disminuida de D-xilosa y vitamina B<sub>12</sub>; anemia macrocítica; médula ósea megaloblástica; concentraciones plasmáticas de albúmina, calcio, magnesio, potasio, fosfatos y caroteno bajas; tiempo de protrombina alargado. Mediante técnicas muy especializadas es posible comprobar que también está alterada la absorción de poliglutamatos, vitaminas, agua, electrolitos, minerales, monosacáridos, aminoácidos y oligopéptidos.<sup>4,5</sup>

El estudio radiológico del intestino delgado puede ser normal o revelar cambios inespecíficos, propios del síndrome de absorción intestinal deficiente. Finalmente, la biopsia del intestino delgado muestra acortamiento y engrosamiento de las vellosidades, las cuales tienden a fusionarse y ramificarse, e infiltración de células inflamatorias en la submucosa. Estos cambios son inespecíficos y no difieren gran cosa de los que se encuentran en sujetos asintomáticos que habitan la misma área geográfica.

La enfermedad puede principiar de manera insidiosa o súbita y, en este último caso, suele ser atribuida a la ingestión de algún alimento contaminado, a una indigestión aguda, a un cambio de hábitos dietéticos, parasitosis intestinal o a un cambio de residencia. Pero los síntomas, en lugar de desaparecer en unos cuantos días, tienden a la cronicidad y, a partir de entonces la evolución clínica se caracterizará por remisiones y recaídas que tienden a ser cada vez más intensas y prolongadas, a la vez que empiezan a hacer su aparición los datos de desnutrición y eventualmente, la anemia.

En contraste con lo que ocurre en los pacientes con esprue celíaco, los que padecen esprue tropical no mejoran con la dieta libre de gluten, por estricta que sea, y la respuesta terapéutica al ácido fólico es sólo parcial.<sup>1</sup> En cambio, los resultados

son uniformemente positivos cuando se administran tetraciclina u otros antibióticos o antibacterianos de espectro amplio, a condición de que se den durante periodos prolongados de tiempo. En nuestra opinión, este comportamiento ante los diversos tratamientos mencionados constituye uno de los elementos esenciales para el diagnóstico de esprue tropical. Es verdad que los antibióticos también son efectivos para todo un conjunto de padecimientos en que por haber estasis en la luz intestinal, existe proliferación bacteriana, así como en la enfermedad de Whipple, pero todos ellos tienen características clínicas, de laboratorio o rayos X que permiten identificarlos y no confundirlos con el esprue tropical. Por otra parte, las parasitosis intestinales por *Giardia lamblia* o *Strongyloides stercoralis*, que pueden dar lugar a síndromes de absorción intestinal deficiente parecidos al esprue tropical, no mejoran con antibióticos; responden en cambio a la terapéutica específica y pueden ser identificados mediante exámenes parasitológicos de las heces o del contenido duodenal.

Conviene comentar que uno de los elementos de la definición de esprue tropical y, por lo tanto, una condición para diagnosticarlo, es su presentación en una área geográfica donde se conoce que la enfermedad es endémica. Paradójicamente, este dato, que cuando es positivo facilita el diagnóstico, se convierte en obstáculo cuando los clínicos desconocen la existencia del esprue tropical en una región determinada; ante la ausencia de este elemento de la definición no piensan en esta enfermedad y buscan otras explicaciones para el síndrome.

Es evidente que esto es lo que ha ocurrido en México. La investigación de la literatura médica nacional de los últimos 15 años no permitió encontrar un solo trabajo dedicado al esprue tropical y en un texto mexicano de gastroenterología publicado recientemente, sólo se menciona de paso que "se ha llegado a diagnosticar casos..." pero no se hace referencia a ningún artículo en la bibliografía.<sup>6</sup>

El objeto de este trabajo es corregir la noción de que el esprue tropical no existe o es muy raro en nuestro país.

## Material y métodos

Esta serie comprende 14 casos, la mayoría de los cuales fueron identificados en un lapso de 20 meses, en la práctica privada de uno de los autores (H. J.). La mayoría de los pacientes son residentes extranjeros de la ciudad de Cuernavaca, pero dos son mexicanos, dos pacientes residen en San Miguel de Allende, Gto., y dos más en el Distrito Federal. Todos ellos fueron sometidos a estudio clínico completo y a los siguientes estudios paraclínicos adicionales: citología hemática, tres exámenes coproparasitológicos seriados, medición de grasas fecales, prueba de absorción de la D-xilosa, dosificaciones de calcio, fósforo, albúminas, globulinas, colesterol, enzimas hepáticas, beta caroteno en el plasma y estudio radiológico del colon, es-

Cuadro 1. Datos clínicos en pacientes con esprue tropical.

Caso núm.	Edad (años)	Sexo	Años residencia	Duración síntomas	Diarrea	Dolor abdomen	Flatulencia	Pérdida peso (kg)	Anorexia	Debilidad
1	78	F	15	6 m	Sí	Sí	Sí	8	Sí	Sí
2	72	M	10	6 a	Sí	No	No	15	Sí	Sí
3	80	F	30	1 a	Sí	No	Sí	7	No	Sí
4	64	F	8	6 a	Sí	Sí	Sí	?	Sí	Sí
5	75	F	6	8 m	Sí	Sí	Sí	6	Sí	Sí
6	75	F	45	9 m	Sí	No	Sí	18	No	Sí
7	64	M	8	8 a	Sí	No	Sí	10	No	Sí
8	75	F	13	18 m	Sí	No	Sí	?	Sí	Sí
9	60	M	2	4 m	Sí	Sí	Sí	10	Sí	Sí
10	79	M	79	1 a	Sí	No	Sí	24	Sí	No
11	67	F	9	5 m	Sí	No	Sí	11	No	No
12	65	M	65	18 m	Sí	Sí	Sí	10	Sí	No
13	64	M	15	8 m	Sí	Sí	Sí	5	Sí	Sí
14	61	M	20	3 a	Sí	Sí	Sí	0	Sí	Sí

Cuadro 2. Datos de laboratorio y gabinete.

Caso núm.	Hemoglobina (g/l)	Beta caroteno (µmol/l)	D-xilosa (mmol/l)	Grasas fecales (g/d)	Biopsia intestinal	Copro-parasitoscopia	Respuesta terapéutica
1	95	—	0,23	—	Normal	Neg.	Pos.
2	134	2,33	0,12	4.5	—	Amiba, Giardia	Pos.
3	120	1,12	0,03	30	—	Neg.	Pos.
4	111	—	—	—	—	Amiba	Pos.
5	100	0,48	0,10	10	—	—	Pos.
6	105	0,43	0,14	22	—	Amiba	Pos.
7	—	—	0,09	—	—	—	Pos.
8	—	0,37	0,10	—	—	—	Pos.
9	130	0,99	0,07	—	Anormal	Neg.	Pos.
10	105	0,15	0,03	114	Anormal	Neg.	Pos.
11	142	0,04	0,12	38	Anormal	Neg.	Pos.
12	—	0,65	0,06	7.5	—	—	Pos.
13	161	1,17	0,16	10	Anormal	Neg.	Pos.
14	160	0,63	0,11	12	—	Neg.	Pos.

tómago e intestino delgado. Las pruebas de absorción de la vitamina B<sub>12</sub> y la biopsia del intestino delgado se practicaron en cinco pacientes. Todos los enfermos habían recibido tratamientos anti-amibianos, dentro de los que se incluyó el metronidazol y antihelmínticos, sin resultados favorables.

### Resultados

La edad de los pacientes varió de 60 a 81 años. Siete eran de sexo masculino y el tiempo de residencia de los extranjeros en nuestro país había sido de 8 a 45 años hasta la fecha en que se estableció el diagnóstico. La duración de los síntomas

fue de seis meses a ocho años. Los síntomas sobresalientes fueron: diarrea crónica, rebelde al tratamiento sintomático y dietético y acompañada a menudo, mas no siempre, de esteatorrea; meteorismo, flatulencia, anorexia, debilidad y pérdida progresiva de peso (cuadro 1).

Las grasas fecales, la absorción de la D-xilosa y el beta caroteno sérico fueron casi siempre anormales. En cinco pacientes se encontró anemia macrocítica. En cuatro de los tres casos en que se practicó biopsia del intestino delgado se encontraron alteraciones compatibles con el diagnóstico: infiltración inflamatoria de las criptas y atrofia de las vellosidades (cuadro 2).

El tratamiento consistió en la administración de tetraciclina, 250 mg cuatro veces al día durante un plazo no menor de medio año, y ácido fólico, 5 mg diarios. Se obtuvo mejoría franca, que se inició a los pocos días en los casos recientes, y transcurridas unas semanas en los casos más avanzados. La "curación" clínica sólo se logró después de varios meses de tratamiento continuo y se observaron recaídas cuando aquél se interrumpía prematuramente.

## Comentarios

Es de creer que todos los casos incluidos en esta serie corresponden a esprue tropical. Todos ellos presentaban diarrea crónica, absorción intestinal deficiente y grados variables de desnutrición secundaria. En todos ellos se pudo excluir razonablemente la existencia de otras enfermedades capaces de dar lugar al síndrome de absorción intestinal deficiente. La notable respuesta terapéutica a la tetraciclina (y a otros antibióticos), fue de gran utilidad diagnóstica. En efecto, esta respuesta no se obtiene en los pacientes con esprue celíaco y sólo se observa en enfermos en quienes hay proliferación bacteriana anormal en el intestino delgado, o en la enfermedad de Whipple. Ninguno tenía datos clínicos correspondientes a esta última enfermedad, ni alguna de las condiciones que permiten la proliferación anormal de bacterias en el intestino con dilatación y estasis en las asas proximales.

La biopsia del intestino delgado es muy valiosa para el diagnóstico de varios padecimientos que cursan con el síndrome de absorción intestinal deficiente, pero su valor es muy limitado en los pacientes con esprue tropical por las siguientes razones: a) las alteraciones de la mucosa intestinal, cuando existen, son inespecíficas y similares a las que se observan en los pacientes con esprue celíaco, desnutrición y síndrome de sobrepoblación bacteriana; b) las alteraciones histológicas son similares a las que se encuentran en una proporción elevada de la población local, a pesar de que ésta no presente manifestaciones clínicas de esprue tropical; c) la mucosa puede ser histológica-

mente normal. Por estas razones, y por motivos prácticos, los autores han llegado a la conclusión de que la prueba terapéutica es de mayor utilidad y que la biopsia deberá reservarse a aquellos casos en que la respuesta terapéutica sea nula o pobre. Esto no aconteció en ninguno de los pacientes incluidos en esta serie.

El diagnóstico clínico se establece con relativa facilidad cuando el sujeto afectado reside en una zona en la que el esprue tropical es endémico. En cambio, por razones obvias, el diagnóstico puede pasar inadvertido, al no pensarse en él, cuando la enfermedad aparece en una zona en la que su presencia ha pasado inadvertida. Paradójicamente, si se siguiera con estricta fidelidad el requisito, mencionado anteriormente, de que para diagnosticar el esprue tropical el paciente debe haber residido en una zona endémica, nunca llegarían a descubrirse otras regiones que las ya conocidas. De ahí el valor que, en la opinión de los autores, tiene esta comunicación.

Los casos encontrados en el Distrito Federal y en San Miguel de Allende, confirman que el nombre "esprue tropical" es inadecuado. Esta denominación favorece el error en el diagnóstico.

El predominio que en la presente serie tuvieron los pacientes extranjeros no debe llevar a la conclusión de que la enfermedad es rara en la población indígena, puesto que nuestro universo de pacientes no fue representativo. Uno de los pacientes era un médico mexicano y no es posible descartar la posibilidad de que el esprue tropical sea más frecuente de lo que se cree y que pueda representar un problema de salud pública en nuestro país, contribuyendo a la perpetuación del círculo vicioso: absorción intestinal deficiente — desnutrición secundaria — baja productividad — desnutrición primaria. Es bien sabido que entre las clases marginadas predominan los padecimientos intestinales crónicos, atribuidos habitualmente a parasitosis crónicas, pero que probablemente han sido insuficientemente estudiados.

## REFERENCIAS

1. Klipstein, F. A.: *Tropical sprue*. *Gastroenterology* 54: 275, 1968.
2. Enat, R.; Pollack, S. y Joffe, B.: *Antibiotic-responsive malabsorption: a tropical sprue-like syndrome in countries with temperate climates*. *Isr. J. Med. Sci.* 17:367, 1981.
3. Klipstein, F. A. y Baker, S. J.: *Regarding the definition of tropical sprue*. *Gastroenterology* 58:717, 1970.
4. Baker, S. J.: *Tropical sprue*. *Brit. Med. Bull.* 28:87, 1972.
5. Klipstein, F. A. y Corcino, J. J.: *Malabsorption of essential aminoacids in tropical sprue*. *Gastroenterology* 68: 239, 1975.
6. Villalobos, J. J.: *Esprue tropical*. En: *Gastroenterología*. Villalobos J. J. (Ed.). México, Edit. Méndez Oteo. 1981, vol. 2, p. 675.
7. Lindenbaum, J.: *Tropical enteropathy*. *Gastroenterology* 64:637, 1973.
8. Klipstein, F. A.: *Tropical sprue in travellers and expatriates living abroad*. *Gastroenterology* 80:590, 1981.