

# Diagnóstico diferencial de la diarrea crónica

M. Herrero Álvarez<sup>1</sup>, M. A. Carrasco Azcona<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles. Madrid. España.

<sup>2</sup>Consultorio Sevilla La Nueva. Madrid. España.

### PUNTOS CLAVE

- La diarrea crónica o persistente hace referencia a un aumento del número o disminución de consistencia de las deposiciones durante más de 15 días.
- Hay 5 preguntas que debemos hacernos para orientar la etiopatogenia de la diarrea: ¿qué edad tiene el paciente?, ¿cómo empezó?, ¿cómo son las heces?, ¿repercute en la curva de peso y talla? y ¿mejora o empeora con la ingesta?
- Las formas más graves son las de inicio neonatal, como la diarrea clorada congénita o, en el niño mayor, la enfermedad inflamatoria intestinal.
- Es importante historiar en profundidad para saber si ha habido alguna infección o alimento desencadenante previo al inicio de la diarrea. Así, una infección gastrointestinal puede desencadenar un síndrome posenteritis o sobrecrecimiento bacteriano, o la ingesta de proteínas de leche de vaca una alergia a proteína de la leche de vaca (APLV) no IgE mediada o el gluten una enfermedad celíaca.
- La intolerancia a la lactosa tipo adulto se suele desarrollar en niños a partir de 5-6 años, siendo más característica la intolerancia transitoria en niños menores de esa edad.
- La diarrea crónica inespecífica en niños pequeños y el intestino irritable en los más mayores son formas de diarrea funcional sin repercusión en el peso y talla del pa-

ciente, cuyo diagnóstico precisará realizar diagnóstico diferencial con otras entidades y cuyo tratamiento será fundamentalmente psicológico y de optimización de la alimentación.

- La infección por SARS-CoV-2 en la edad infantil genera con frecuencia síntomas gastrointestinales de duración variable.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 3 años y 3 meses con diarrea de 2 meses de evolución tras un cuadro de fiebre y síntomas respiratorios que precisó ingreso hospitalario. En este proceso tomó azitromicina y amoxicilina. Se descartó infección por SARS-CoV-2 con estudio serológico y test PCR negativos. La madre había sido diagnosticada de infección por SARS-CoV-2 en el mes previo.

**Antecedentes familiares:** padre intolerante a la lactosa.

**Antecedentes personales:**

- APLV no IgE mediada desde los 2 meses de vida en forma de enteropatía alérgica (vómitos, diarrea y fallo de medro) con adquisición de tolerancia a los 2 años y medio.
- Reflujo gastroesofágico fisiológico que precisó tratamiento hasta los 2 años y medio.
- Gastroenteritis aguda (GEA) por *Campylobacter* que precisó ingreso por deshidratación e intolerancia oral a los 13 meses.
- Bronquitis de repetición en tratamiento de fondo con budesonida inhalada.

**Cómo citar este artículo:** Herrero Álvarez M, Carrasco Azcona MA. Diagnóstico diferencial de la diarrea crónica. Form Act Pediatr Aten Prim. 2021;14(2):56-62.

- Múltiples infecciones respiratorias que en ocasiones desencadenan procesos de diarrea (algunas de ellas tratadas con antibioterapia oral).

### ¿Qué posibilidades diagnósticas nos planteamos como diagnóstico diferencial?

- Un consumo excesivo de antibióticos que ha generado una alteración de la flora intestinal.
- La paciente tiene una intolerancia a la lactosa como su padre.
- Puede ser covid-19 aunque las pruebas indican lo contrario.
- Ha vuelto a recaer de su alergia a proteínas de leche de vaca.

A la paciente se le indican probióticos y se le deriva a la consulta de Gastroenterología ante la falta de mejoría.

## ORIENTACIÓN CLÍNICA DE LA DIARREA CRÓNICA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

- Definición y fisiopatología.
- Preguntas clave para orientar el diagnóstico: edad del paciente, cómo empezó, cómo son las heces, repercute en la curva de peso y talla y si mejora o empeora con la ingesta.
- Exploración física.
- Pruebas complementarias de primer nivel.
- Criterios de derivación al especialista.

## DEFINICIÓN Y FISIOPATOLOGÍA

La diarrea crónica se define como un aumento en el número de deposiciones (más de 10 g/kg/d en niños pequeños o >200 g/m<sup>2</sup>/d en los más mayores) o disminución de su consistencia durante más de 14 días<sup>1</sup>. De forma académica se podría distinguir entre **crónica** como aquella cuyos síntomas se inician de forma gradual y **persistente** la que empieza de forma aguda y se prolonga en el tiempo, si bien, en la práctica clínica es difícil hacer una distinción exacta por lo que consideraremos los términos como intercambiables.

En los **países en vías de desarrollo**, la diarrea prolongada se relaciona de forma íntima con el estado nutricional, especialmente con el déficit de vitamina A o zinc y con la coexistencia de otras infecciones (neumonías, infecciones urinarias, etc.), con especial relevancia del virus de la inmunodeficiencia humana, siendo la lactancia materna un factor protector. En **nues-**

**tro medio** la diarrea es una patología prevalente, pero con escaso impacto en la mortalidad debido a la mejoría de las condiciones socioeconómicas e higiénicas.

Según el trastorno fisiopatológico predominante se describen cuatro tipos de diarrea<sup>2</sup>:

- **Osmótica**: se basa en la presencia de solutos no absorbidos en el tracto gastrointestinal que originan un aumento de osmolaridad en la luz, produciéndose movimientos a favor de gradiente de agua y electrolitos. Por dicho motivo se interrumpe con el ayuno, tiene un pH bajo, volumen <200 ml/24 h y sodio bajo en heces, así como suele contener sustancias reductoras.
- **Secretora**: generalmente secundaria a toxinas bacterianas que aumentan la secreción e inhiben la absorción de iones. El aumento de la carga osmolar en la luz intestinal da lugar a una salida abundante de agua. Por este motivo las heces son líquidas y muy abundantes sin encontrarse en ellas productos patológicos, y a diferencia de la osmótica, tiene un pH alto, volumen >200 ml/24 h, sodio alto y no se interrumpe con el ayuno.
- Por trastorno de **motilidad**: tanto por hipomotilidad (que genera sobrecrecimiento bacteriano y diarrea secretora secundaria) como por hiperomotilidad (en el que hay déficit en la absorción de líquidos).
- Por trastorno **inflamatorio**: procesos inflamatorios e inmunológicos ulceran la mucosa intestinal con exudación de productos patológicos (moco, sangre y proteínas).

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL SEGÚN LA FORMA DE PRESENTACIÓN

Desde un abordaje práctico podemos plantearnos cinco cuestiones que pueden orientar el diagnóstico: ¿qué edad tiene el paciente?, ¿cómo empezó?, ¿cómo son las heces? ¿mejora o empeora con la ingesta? ¿repercute en la curva de peso y talla?

### ¿Qué edad tiene el paciente?

Existen causas de diarrea crónica que pueden debutar desde el nacimiento, como la **diarrea clorada congénita** o la **sódica congénita**, que se deben a una alteración de un cotransportador a nivel de los enterocitos. Otras; sin embargo, presentan una aparición más tardía dentro del primer año de vida, como la **APLV no IgE mediada**. Entre el año y los 3 años de vida, son frecuentes la **diarrea crónica inespecífica** o el debut de la **enfermedad celíaca**, y en la edad escolar y adolescente, pueden detectarse diarreas asociadas a la **enfermedad inflamatoria**

intestinal o el síndrome de intestino irritable. Ver resumen en Tabla 1.

### ¿Cómo empezó?

- **Como una diarrea aguda.** Debe investigarse el antecedente de una diarrea infecciosa que se prolonga más de 14 días, esto nos puede hacer pensar en un síndrome postenteritis con intolerancia a azúcares o en un sobre desarrollo bacteriano intestinal. El **síndrome posenteritis** suele ocurrir en niños pequeños (menores de 18 meses) por la afectación de las disacaridasas del borde en cepillo, la sospecha es clínica y se resolverá con la retirada de lactosa de la dieta durante 2-4 semanas con reintroducción progresiva posterior, es lo que conocemos como una intolerancia transitoria a la lactosa. Sin embargo, el sobre desarrollo bacteriano es característico de niños más mayores, por proliferación bacteriana en el intestino delgado que origina fermentación de carbohidratos y desconjugación de sales biliares con la consiguiente diarrea, distensión y dolor abdominal<sup>3</sup>. La sospecha es también clínica y se puede confirmar mediante una elevación precoz del test de hidrógeno espirado en la primera hora. Su tratamiento se realizará de forma empírica con metronidazol o amoxicilina-clavulánico. No debemos olvidar las **diarreas infecciosas** persistentes

por microorganismos patógenos como bacterias (*Salmonella*, *Campylobacter*, *Shigella*) o parásitos, siendo la giardiasis la entidad más frecuente.

- **A las pocas semanas de la introducción de una fórmula artificial.** Esto nos haría pensar en una enteropatía sensible a las proteínas de la leche de vaca (APLV no IgE mediada). Se trataría de un lactante que comienza con diarrea crónica, anorexia y vómitos, días después de la introducción de las proteínas de leche de vaca (PLV) y que mejora al retirar estas de la alimentación. La IgE sérica específica frente a las PLV y el *prick test* son negativos. El diagnóstico se basa en la prueba de exclusión-provocación que consiste en experimentar mejoría clínica al retirar las PLV de la dieta mediante la administración de una fórmula extensamente hidrolizada y reaparición de dicha sintomatología al reintroducirlas<sup>4</sup>. Tiende a la resolución antes de los 2 años y si se prolonga en el tiempo repercute en la curva ponderal.
- **Posterior a la introducción de gluten.** Suele debutar a los 6-12 meses de su introducción en forma de diarrea con retraso ponderal y distensión abdominal. Dicha clínica nos hace sospechar **enfermedad celíaca**, enteropatía autoinmune asociada a una sensibilidad al gluten en pacientes genéticamente predispuestos. El diagnóstico se realiza mediante la determinación de anticuerpos anti-

Tabla 1. **Causas de diarrea crónica según la edad**

Neonatal	Menor de 1 año	1-3 años	Escolar/adolescente
Defectos estructurales del enterocito	Reacciones adversas a proteínas alimentarias (más frecuente leche de vaca)	Diarrea crónica inespecífica	Síndrome de intestino irritable
Malabsorción congénita de glucosagalactosa	Síndrome posenteritis	Síndrome posenteritis	
Deficiencia congénita de lactasa	Deficiencias secundarias a disacaridasas	Deficiencias secundarias de disacaridasas	Intolerancia racial o tardía a la lactosa
Diarrea clorada congénita	Errores dietéticos	Enfermedad celíaca	Enfermedad celíaca
Diarrea sódica congénita	Giardiasis	Giardiasis	Giardiasis
Malabsorción congénita de los ácidos biliares	Diarrea crónica inespecífica	Diarrea crónica inespecífica	Enfermedad inflamatoria intestinal
Deficiencia congénita de enteroquinasa	Fibrosis Quística	Fibrosis quística	Diarrea facticia
Abetalipoproteinemia	Infecciones de repetición	Infecciones de repetición	
Acrodermatitis enteropática	Inmunodeficiencias	Inmunodeficiencias	
Síndrome del intestino corto congénito	Enfermedad de Schwachmann	Enfermedad de Schwachmann	
Alergia alimentaria		Deficit de sacarasa-isomaltasa	
Enfermedad de Hirschprung	Enfermedad de Hirschprung		

transglutaminasa y antiendomiso, asociado a una clínica y genética que predisponga al desarrollo de la enfermedad (haplotipos HLA DQ2/DQ8). Su tratamiento consiste en una dieta sin gluten de por vida.

- **Tras introducir fruta o los cereales**, que contienen sacarosa, o de una fórmula infantil que contenga polímeros de glucosa. El paciente presentaría junto a la diarrea, flatulencia, distensión y dolor. Podría hacernos pensar en un **déficit congénito de sacarasa-isomaltasa** y su tratamiento consistiría en evitar el azúcar al que es intolerante. Otras intolerancias a hidratos de carbono son la **intolerancia congénita a la lactosa** que es tremendamente infrecuente, **la intolerancia a la lactosa tipo adulto** y el **déficit congénito de trehalasa** que se manifiesta como intolerancia a setas. La intolerancia a la lactosa tipo adulto se diagnostica a partir de los 5-6 años debido a una actividad lactásica remanente antes de esa edad. A partir de entonces la clínica de diarrea, flatulencia y meteorismo, característica después de ingerir productos lácteos hace sospechar dicha intolerancia. Para su diagnóstico se puede realizar un genotipo encontrando el gen *C/C-13910*. Este hallazgo se comprueba en el 72% de la población adulta en nuestro medio y solo el 40% presentan fenotipo de intolerancia<sup>5</sup>, que se correlaciona con una positividad del test de hidrógeno espirado con elevación de más de 20 ppm a partir de los 60-90 minutos. Su tratamiento consistirá en una dieta sin lactosa permitiendo la ingesta de lácteos fermentados con moderación.

### ¿Cómo son las heces?

- Ácidas, explosivas, con emisión de gases y que provocan eritema perianal: orientan hacia una malabsorción de hidratos de carbono.
- Pálidas, brillantes, aceitosas, que flotan: sugieren una esteatorrea como una insuficiencia pancreática exocrina o una enfermedad celíaca.
- Moco y sangre en las heces, junto a tenesmo: están presentes en la enfermedad inflamatoria intestinal y en la proctocolitis alérgica. La **proctocolitis** es una forma de APLV no IgE mediada característica de lactantes y cuyo diagnóstico se basa en la prueba de exclusión (administrando una fórmula extensamente hidrolizada o retirando las PLV de la dieta materna en caso de alimentarse únicamente a pecho) y reaparición de clínica al reintroducirlas de nuevo en la dieta. En la **enfermedad inflamatoria intestinal** hay que recordar que en la enfermedad

de Crohn se observa una mayor repercusión en el crecimiento y dolor abdominal asociado a la diarrea, frente a la colitis ulcerosa donde se objetivan más productos patológicos en heces.

- Con restos vegetales sin digerir, solo diurnas y que empeoran a lo largo del día: sugiere **diarrea crónica inespecífica**. Suele iniciarse en niños entre 6 meses y 5 años de edad, con 4 o más evacuaciones diarias, no afecta al crecimiento si la ingesta calórica es adecuada, suele ser intermitente pero los síntomas deben persistir más de 4 semanas. Es conveniente reducir la ingesta de hidratos de carbono simples (zumos de fruta y golosinas), así como de productos dietéticos que contengan fructosa y sorbitol, y mantener una ingesta adecuada de grasas.

### ¿Mejora o empeora con la ingesta?

- Diarrea osmótica: **se interrumpe con el ayuno**. Es típica de los trastornos de absorción de hidratos de carbono, tanto primarios como secundarios.
- Diarrea secretora: **no se interrumpe con el ayuno**. Ejemplo de ese tipo de diarrea son la diarrea clorada o la sódica congénita.

### ¿Repercute en la curva de peso y talla?

- Sin repercusión: las más frecuentes comentadas con anterioridad son la diarrea crónica inespecífica o funcional, la intolerancia a la lactosa, el sobrecrecimiento bacteriano y la giardiasis. Destaca en este grupo el **síndrome de intestino irritable** que ocurre en niños mayores y adolescentes, se define como un dolor abdominal al menos 4 días al mes asociado a cambio en la frecuencia, forma o apariencia de las deposiciones que en un alto porcentaje predomina la diarrea y el meteorismo. El tratamiento es psicológico acompañado de una optimización de la alimentación disminuyendo los alimentos con azúcares libres y sorbitol y aumentando el consumo de fibra.
- Con repercusión: las más frecuentes son la enteropatía inducida por alimentos, la enfermedad celíaca y la enfermedad inflamatoria intestinal. Otras posibilidades menos habituales son fibrosis quística, enfermedad de Hirschprung, enteropatía autoinmune e inmunodeficiencias.

### ¿Se relaciona con la infección por SARS-CoV-2?

Los síntomas gastrointestinales son una forma de expresión aguda del virus SARS-CoV-2 muy relevante en niños, en algunos estudios hasta un 25% de la población pediátrica diagnosticada los presenta. Los receptores ECA-2 se encuentran en la mucosa del epitelio intestinal, que representa la diana de entrada

del SARS-CoV-2 en el organismo, de forma que, aunque leves, se expresan incluso más precozmente los síntomas gastrointestinales que los respiratorios<sup>67</sup>. Sin embargo, la eliminación del virus se hace en heces de forma persistente con perpetuación en algunos casos de las deposiciones diarreicas.

El diagnóstico se puede realizar en fase aguda mediante test de antígeno o PCR, o de forma diferida con serología IgG positiva, que indicará infección pasada, sin poder determinar con exactitud el momento de la infección.

## DATOS MÁS RELEVANTES DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA

Tras una adecuada anamnesis y recopilación de antecedentes familiares que exploren posibles casos de fibrosis quística, enfermedad inflamatoria intestinal, enteropatía autoinmune o enfermedad celíaca, procederemos a la exploración física que debe centrarse en cuatro puntos:

- Valoración del **peso y talla** e índices de relación peso/talla. El fallo de medro habla más de un proceso agudo o subagudo mientras que la afectación de la talla implica cronicidad del proceso.
- **Signos de malabsorción** como distensión abdominal, hipotrofia muscular o disminución del panículo adiposo.
- Exploración de **piel y mucosas**: valoraremos deshidratación, palidez y buscaremos activamente fisuras, fistulas o eritema perianal.
- **Palpación abdominal**: para descartar visceromegalias, empastamientos o masas.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS DE PRIMER NIVEL

- Coprocultivo y parásitos en heces.
- Hemograma para despistaje de anemia.
- Bioquímica con perfil férrico, hepático, renal.
- Reactantes de fase aguda: proteína C reactiva y velocidad de sedimentación globular.
- Estudio de coagulación: coagulopatía secundaria a malabsorción de vitamina K.
- Serología de enfermedad celíaca (niveles de IgA totales y anticuerpos antitransglutaminasa IgA, péptidos antigliadina deamidados IgA y antiendomiso IgA).
- Hormonas tiroideas.
- Sedimento de orina y urocultivo.

- En función de la orientación diagnóstica existen una serie de pruebas que se pueden solicitar para diagnóstico etiológico. Ver **Tabla 2** (pruebas de segundo nivel para estudio de diarrea crónica).

## CRITERIOS DE DERIVACIÓN AL ESPECIALISTA

Realizaremos derivación al gastroenterólogo infantil en caso de objetivar síntomas o signos de alarma:

- Afectación nutricional que no responde a tratamiento.
- Signos de deshidratación o alteración hidroelectrolítica.
- Presencia de edemas.
- Vómitos asociados.
- Sangrado rectal.
- Dolor o distensión abdominal.
- Fiebre.
- Sospecha de enfermedad orgánica como:
  - Diarrea desde el nacimiento.
  - Sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal.
  - Sospecha de enfermedad celíaca.
  - Diarrea que no responde a prueba terapéutica.
  - Sospecha de insuficiencia pancreática.
  - Sensibilización a alimentos.

## RESOLUCIÓN DEL CASO CLÍNICO

**La paciente acude a CCEE de digestivo. ¿Qué pruebas se solicitan desde allí?:**

- Digestión en heces.
- Estudio genético de intolerancia a la lactosa.
- Analítica de sangre con serologías de celiaquía.
- Calprotectina fecal.

Se realizaron todas las pruebas anteriores con resultados normales a excepción del estudio genético de la intolerancia a la lactosa, que es positivo para C/C-13910 en homocigosis y corresponde al genotipo deficiente a la lactosa tipo adulto. No se pudo realizar el test de hidrógeno espirado por falta de colaboración.

Se decide eliminar transitoriamente la lactosa de la dieta y se pauta tratamiento con probióticos. La paciente mejora y se decide alta con el diagnóstico de síndrome postenteritis en una paciente que de base tiene una actividad lactasa disminuida.

**Cuatro meses después**, vuelve a presentar un nuevo episodio de diarrea prolongada, tras reinfección materna por COVID,

Tabla 2. Pruebas de segundo nivel para estudio de la diarrea crónica

Pruebas	Enfermedad	Alteración
Endoscopia digestiva	Enfermedad celiaca Enfermedad inflamatoria intestinal	Gastroscopia con biopsias duodenales Gastrocolonoscopia con ileoscopia
Ionotest	Fibrosis quística	>60 mmol/l de cloro
Test de hidrógeno espirado	Intolerancia a la lactosa Sobrecrecimiento bacteriano	Elevación >20 ppm respecto al basal a los 90-120 min Elevación >20 ppm respecto al basal a los 30-60 min
Zinc sérico	Acrodermatitis enteropática	<60 µg/dl
Calprotectina fecal	Enfermedad inflamatoria intestinal	>50 µg/g de heces
Pruebas cutáneas o IgE específica	Alergia alimentaria	Positivas para el alimento concreto
Estudio genético	Fibrosis quística Enfermedad celiaca Diarreas congénitas Intolerancia a lactosa	
Alfa1-antitripsina fecal	Enteropatía pierdeproteinas	>0,7 mg/gr heces secas
Quimiotripsina y elastasa fecal	Insuficiencia pancreática	>23 U/g en heces de 24 horas >6 U/g de heces en muestras aisladas > 200 U/g de heces
Determinación de grasa en heces (Van De Kamer) o digestión en heces	Malabsorción grasa	>3 g/24 horas

en esta ocasión pudo demostrarse *a posteriori* serología positiva (IgG) a SARS-CoV-2 en la paciente.

### ¿Qué posibilidades diagnósticas nos planteamos como diagnóstico diferencial en esta ocasión?

- GEA prolongada pos-COVID.
- GEA por nuevo virus/bacteria.
- GEA persistente por *Campylobacter*.
- Transgresión dietética por consumo de lactosa.

La GEA prolongada pos-COVID sería una posibilidad diagnóstica si descartamos el resto de los cuadros ya que la paciente presenta una IgG positiva al mes de la infección.

La GEA por nuevo virus o bacteria y la GEA persistente por *Campylobacter* se descartan tras obtener un coprocultivo negativo para virus, bacterias y parásitos. Por el mismo motivo se descarta que se haya comportado como portador de *Campylobacter*.

Respecto a la transgresión dietética por consumo de lactosa, dada la edad de la paciente debería poder tolerar pequeñas cantidades de lactosa una vez recuperada la diarrea inicial y además la madre insiste en que no la ha consumido desde el inicio del primer cuadro.

### Entonces, ¿qué le pasa ahora a esta paciente?

La solución se encontró al volver a rehistoriar a la paciente. Desde el primer episodio de diarrea había referido estar ingiriendo probióticos. La clave estaba en la cantidad, que resultó ser el triple de la dosis recomendada y de forma mantenida. Se retiraron los mismos mejorando el cuadro progresivamente y desapareciendo la diarrea, por lo que concluimos que en esta ocasión la diarrea fue por un exceso de probióticos, lo que generó un cuadro similar a un sobrecrecimiento bacteriano secundario a la ingesta de una dosis exageradamente alta, durante 9 meses de forma continuada.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Vanderhoof JA. Chronic diarrhea. *Pediatr Rev.* 1998;19:418-22.
2. Carbajo Ferreira AJ. Diarrea crónica. *Pediatr Integral.* 2015;XIX:92-101.
3. Ramos Boluda, E, González Sacristán R. Diarrea crónica. *Pediatr Integral.* 2019;XXXIII:386-91.
4. Grupo Gastosur-Oeste. Protocolo de alergia a la proteína de leche de vaca no mediada por IgE. síndrome de enterocolitis inducida por proteínas alimentarias (FPIES) (internet). En: Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado el 21/06/2021]. Disponible en: [www.ampap.es/wp-content/uploads/2019/04/Alergia-a-la-prote%C3%ADna-de-leche-de-va](http://www.ampap.es/wp-content/uploads/2019/04/Alergia-a-la-prote%C3%ADna-de-leche-de-va)

ca-no-mediada-por-IgE.-Sindrome-de-enterocolitis-inducida-lpor-proteinas-alimentarias-FPIES.pdf

5. Infante D. Intolerancia a la lactosa: en quién y por qué. *An Pediatr (Barc)*. 2008;69:103-5.

6. Carabaño Aguado I. SARS-CoV-2 y aparato digestivo. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2020;22:189-94.

7. Sánchez Tierraseca M, Balmaseda Serrano EM, Hernández-Bertó T. Manifestación gastrointestinal exclusiva como forma de presentación de infección por coronavirus (COVID-19). *An Pediatr (Barc)*. 2020;93:72-3.

