

Características clínicas de anorexia nervosa extrema

Reporte de caso

María Fernanda Morales Allende^a,
Griselda Galván Sánchez^b



Imagen: Alexander Kormilias

Resumen

La Anorexia Nervosa es considerada en la actualidad como enfermedad de gran impacto por su asociación con la desnutrición, se presenta principalmente en mujeres adolescentes y adultas jóvenes. La gravedad se establece a través del índice de masa corporal (IMC). Es una enfermedad multifactorial, con gran influencia del medio cultural, los aspectos biológicos, familiares y personales. Ningún sistema corporal se salva de las secuelas adversas de estas enfermedades, especialmente a medida que la anorexia nervosa se vuelve más grave y crónica. Se realiza una revisión de las complicaciones médicas asociadas con la anorexia nervosa extrema en este caso clínico. Se considera además como una enfermedad con alto índice de morbilidad, por el incremento de hasta 6 veces el riesgo de muerte y las múltiples complicaciones médicas que se asocian a la enfermedad. De ahí que es imprescindible incrementar los recursos de salud, reforzar la información en los médicos de primer contacto para iden-

tificar este padecimiento, y aumentar los factores de buen pronóstico como la atención temprana de los pacientes.

Palabras clave: Anorexia nervosa; complicaciones médicas; trastornos de alimentación.

Clinical Characteristics of Extreme Anorexia Nervosa. A Case Report

Abstract

Anorexia nervosa is currently considered a disease of great impact due to its association with malnutrition. It occurs mainly in women, adolescents and young adults. The severity is defined by BMI. It is a multifactorial disease, with great influence of the cultural environment, biological, family and personal aspects. No system in the body is spared from the adverse sequelae of these illnesses, especially as anorexia nervosa becomes more severe and chronic. We review the medical complications that are associated with extreme anorexia nervosa. It is also considered as a disease with a high morbidity and mortality rate, due to an increase of up to 6 times the risk of death and the multiple medical complications associated with the disease. Hence, it is essential to increase health resources, reinforce information in first-contact doctors to identify this condition, and increase factors of good prognosis such as early patient care.

Keywords: Anorexia nervosa; medical complications; eating disorders.

^a Médico pasante de servicio social UNAM. Ciudad de México, México.

^b Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz". Ciudad de México, México.

Autor para correspondencia: Griselda Galván Calzada
Correo electrónico: galvan@impe.edu.mx

Recibido: 29-noviembre-2019. Aceptado: 17-noviembre-2020.

INTRODUCCIÓN

La anorexia nervosa (AN) forma parte de los trastornos de la conducta alimentaria, se caracteriza por un peso anormalmente bajo, miedo intenso a ganar peso, una percepción distorsionada de peso y forma corporales. Se estima que la prevalencia a lo largo de la vida en mujeres es en torno al 0.9% mientras que en hombres es en torno al 0.3% y que a edad de inicio suele estar entre los 12 y los 18 años¹.

Actualmente su diagnóstico se define de acuerdo a los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5 (DSM 5), de la siguiente forma²:

- Restricción de la ingesta de energía que conduce a un bajo peso corporal, dada la edad, el sexo, la trayectoria de desarrollo y la salud física del paciente.
- Miedo intenso a aumentar de peso o engordar, o comportamiento persistente que impide el aumento de peso, a pesar de tener bajo peso.
- Percepción distorsionada del peso y la imagen corporal, influencia indebida del peso e imagen en la autoestima o negación de la gravedad médica del bajo peso corporal.

Además, la clasifica de acuerdo a su gravedad en:

- Leve: IMC de 17 a 18.49 kg/m²
- Moderado: IMC de 16 a 16.99 kg/m²
- Grave: IMC de 15 a 15.99 kg/m²
- Extremo: IMC <15 kg/m²

A diferencia de otros trastornos psiquiátricos, los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades multisistémicas con complicaciones médicas significativas que afectan a todos los sistemas del cuerpo que son directamente atribuibles a la pérdida de peso y el grado de desnutrición^{3,4}. De acuerdo con un metaanálisis de 25 estudios, que incluyó a más de 12,000 pacientes con anorexia nervosa que fueron seguidos en promedio durante 14 años, se estimó que la tasa de muerte era 6 veces mayor en dichos pacientes, en comparación con la población en general⁵.

OBJETIVO

Este trabajo busca dar a conocer la sintomatología de un caso de AN extrema (IMC: 10), con el fin de demostrar la evolución, las complicaciones médicas, sociales y familiares que presentó el caso con fines académicos. Lo anterior busca hacer énfasis y concientizar a la comunidad médica, acerca de la importancia de la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de estos trastornos, con la finalidad de evitar en lo posible el desarrollo de complicaciones graves.

REPORTE DE CASO

Paciente mujer de 16 años de edad, desnutrición grado III, con IMC de 10.19 kg/m², cuyos intentos para mejorar sus condiciones en los últimos 2 años habían fallado, por lo que se le propuso hospitalización para Re - nutrición con sonda nasogástrica. La paciente inició con preocupación extrema por el peso y la figura centrada en el abdomen lo que la llevó a hacer cambios en su alimentación y su actividad física en los últimos 4 años, empezó con una dieta restrictiva disminuyendo las porciones de alimentos y aumento en la actividad física. Sin embargo, fue aumentando la actividad física (ejercicio anaeróbico, 90 minutos al día, 3 veces a la semana), al ver que perdía peso, siguió aumentando conductas (dietas restrictivas y ejercicio), comenzó a realizar ayunos de 12 horas, con frecuencia inicial de 1 al mes, hasta 7 veces a la semana, al mismo tiempo que hacía mayor restricción de alimentos: pasteles, galletas, lácteos, embutidos, pastas, nueces, carne de res, puerco y pescado. A los 15 años, aumentó la cantidad de ejercicio (2 horas diarias), con la intención de continuar bajando de peso. A pesar de suspender el ejercicio por indicación médica, realizaba planchas y saltos por 5 a 10 minutos, 2 o 3 veces al día, a escondidas de su familia por miedo intenso a subir de peso; conforme avanzó la pérdida de peso, empeoró su estado de ánimo presentado tristeza la mayor parte del día, debilidad, cansancio, falta de motivación, ideas de muerte que evolucionaron a ideas suicida estructurada.

A la exploración física: temperatura (T) de 36°; tensión arterial (TA): 90/60 mmHg; frecuencia car-

diaca (FC): 60 lpm; frecuencia respiratoria: 16 lpm. Medidas: talla: 1.71 cm; peso: 29.8 kg; IMC: 10.19. Cráneo normocéfalo, cabello quebradizo, delgado, opaco, bien implantado. Ojos sin alteraciones, pupilas isocóricas con reflejos pupilares presentes, narinas permeables, mucosa oral deshidratada. Cuello cilíndrico y simétrico, sin adenopatías, se observó tráquea céntrica, móvil, anillos traqueales palpables, no dolorosos. Tórax: simétrico, se observó parri-lla costal y huesos claviculares, debido a delgadez; movimientos de amplexión y amplexación, presentes, sin alteraciones. Abdomen: en batea, blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin datos de irritación peritoneal (**figura 1**). Extremidades integra, simétricas, hipotróficas (**figura 2**); a la palpación: disminución de temperatura homogénea, sin presencia de dolor, con disminución de llenado capilar (**figura 3**). Presencia de equimosis en rodilla izquierda. Huesos iliacos, sacro y coxis, prominentes. Espalda: con presencia de lanugo, se observó prominencia de vertebras y de huesos escapulares, debido a delgadez (**figura 4**).

Resultados de laboratorio: glucosa: 72 mg/dl; urea: 55.4 mg/d; colesterol total: 185 mg/dl; hdl: 67 mg/l; lípidos totales: 365.4 mg/dl; fosfatasa alcalina: 35 u/l; sodio sérico: 36; hemoglobina: 11.7 g/dl; hematocrito: 35.5%; neutrófilos: 41.2%; linfocitos 49.5%.

Perfil tiroideo: T3 total: 55.3 ng/dl; T4 total: 7.26 ng/dl; TSH: 3.58 uIU/ml.

Electrocardiograma: Presencia de bradicardia sinusal 50 lpm (**figura 5**).

DISCUSIÓN

En la AN, las complicaciones médicas son causantes de la mayor mortalidad, representando aproximadamente el 60% de las muertes en estas pacientes⁶. Por lo cual es vital realizar una adecuada detección y manejo. El grado de desnutrición y la cronicidad de la enfermedad serán los principales determinantes de la cantidad de órganos que se verán afectados y la gravedad de las complicaciones médicas, lo cual impacta principalmente en los casos de AN extrema en donde el riesgo es mayor. De acuerdo a las guías de tratamiento de trastornos alimentarios (National Institute for Health and Care Excellence, 2017),



Imagen: Morales et al.

Figura 1. Fotografía de la paciente durante exploración física. Se observa abdomen en batea, con presencia de lanugo; costillas y crestas iliacas prominentes



Imagen: Morales et al.

Figura 2. Fotografía de la paciente, se observan miembros pélvicos hipotróficos, úlcera en rodilla izquierda



Imagen: Morales et al.

Figura 3. Fotografía de la paciente, se observan manos hipotróficas



Imagen: Morales et al.

Figura 4. Fotografía de la paciente, se observa: columna vertebral y escapulas prominentes, debido a desnutrición; presencia de lanugo



Figura 5. Imagen de electrocardiograma de la paciente. Se observa: bradicardia sinusal (frecuencia cardiaca de 50 lpm); eje QRS: +60

muchas complicaciones son reversibles con el aumento de peso y reposición nutricional; sin embargo, algunas complicaciones (p. ej., Pérdida de densidad mineral ósea) pueden no resolverse completamente después de la rehabilitación nutricional, recordando que este proceso será más prolongado en pacientes con AN extrema⁷.

La disminución de energía y el hambre asociada con la anorexia nervosa extrema tiene profundas consecuencias en la estructura y función del sistema cardiovascular. Si bien algunos de los cambios cardiovasculares asociados con esta enfermedad son leves y reversibles, algunos pueden ser potencialmente mortales. La manifestación clínica más frecuente es la bradicardia sinusal, seguida de hipotensión y síntomas vagales. A nivel funcional, es común encontrar arritmias y bloqueos, aunque no sea causa directa de la AN, pueden presentarse dichas manifestaciones al conjuntarse la desnutrición con alteraciones en los niveles de electrolitos³.

En el caso del sistema endocrino, son múltiples las modificaciones fisiológicas que se presentan en respuesta a las condiciones extremas de inanición. Es frecuente que se presente un estado de hipoglucemia, la importancia de dicha manifestación es que es una importante causa de muerte en pacientes con diagnóstico de AN extrema³.

A nivel del eje hipotálamo-hipófisis-tiroides, generando disminución de los niveles de la hormona triyodotironina (T3) y proporción de tiroxina (T4) a T3 alta, con niveles normales de tirotropina. Estos cambios en los niveles de hormona tiroidea reducen la tasa metabólica, lo que lleva a la conservación de recursos limitados⁷.

Otras de las manifestaciones clínicas que se presentan de manera común en los cuadros de AN extrema asociadas con el sistema endocrino son:

- La secreción de la hormona liberadora de gonadotropina se reduce, lo que finalmente evita la ovulación y causa una amenorrea hipotalámica funcional y la regresión a un estado prepuberal.
- Hipotermia, consecuencia de anomalías hipotalámicas en la termorregulación.
- Hiponatremia (con náuseas y dolor de cabeza asociados).

- Fracturas, debido a la disminución de la densidad mineral ósea (DMO) y aumento de la grasa de la médula ósea, disminuyendo la resistencia estimada de la misma.

Es importante mencionar las manifestaciones cutáneas de la AN, cuyos síntomas de inanición incluyen^{3,8} xerosis (en brazos y espalda, por disminución de glándulas sebáceas); vello corporal tipo lanugo (cara, espalda, abdomen, brazos); efluvio telógeno (pérdida de cabello); acné; hiperpigmentación; dermatitis seborreica (principalmente en cuero cabelludo); acrocianosis; petequias; livedo reticularis; paroniquia; prurito; alteración en el proceso de cicatrización, entre otras.

Otro sistema que suele verse afectado es el hematológico, algunas de las manifestaciones en orden de frecuencia son: anemia, leucopenia o trombocitopenia en un patrón que involucra de una a 3 líneas celulares simultáneamente. Las petequias y la púrpura pueden aparecer en las extremidades como resultado de estas complicaciones hematológicas⁸.

A medida que el IMC cae, los pacientes con anorexia nervosa extrema pueden desarrollar disfagia. Esto se debe a la debilidad de los músculos faríngeos y los patrones no coordinados de deglución. Como consecuencia, pueden quejarse de toser al comer y tener antecedentes de neumonía por aspiración. Una parte sustancial de estos pacientes tendrá un vaciamiento gástrico retrasado debido a la gastroparesia, claramente empeora con grados más severos de anorexia nervosa. Los pacientes se quejan de saciedad temprana, plenitud abdominal superior izquierda y náuseas. La gastroparesia no es permanente y se resolverá con el aumento de peso continuo^{2,7}.

Asociado a la desnutrición y las alteraciones en los neurotransmisores, se deben considerar la alta comorbilidad con el trastorno depresivo mayor (TDM), trastorno de ansiedad generalizada (TAG), entre otras enfermedades psiquiátricas; además pacientes con AN presentan tendencias elevadas tendencias suicidas, en comparación con la población general⁹.

CONCLUSIÓN

La anorexia nervosa extrema tiene la tasa de mortalidad más alta de cualquier trastorno psiquiátrico. Muchas de las muertes son atribuibles a complicaciones médicas que surgen a medida que empeora la desnutrición y la pérdida de peso. Todos los sistemas del cuerpo pueden verse afectados negativamente por la anorexia nervosa extrema. Sin embargo, notablemente, la mayoría de las complicaciones médicas de la anorexia nervosa son tratables y reversibles con una atención médica óptima, como parte de un equipo multidisciplinario involucrado en la atención de estos pacientes. ●

REFERENCIAS

1. Fontanela E, Gómez SM, González M, Ávila MJ. Anorexia nervosa en adultos. *Fisterra*; 2018. [https://www.fisterra.com/guias-clinicas/anorexia-nerviosa/#:~:text=La%20anorexia%20nerviosa%20\(AN\)%20forma,y%20forma%20corporales%20y%20amenorrea](https://www.fisterra.com/guias-clinicas/anorexia-nerviosa/#:~:text=La%20anorexia%20nerviosa%20(AN)%20forma,y%20forma%20corporales%20y%20amenorrea).
2. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Quinta edición (DSMV). American Psychiatric Association. Arlington; 2013. p. 338-9.
3. Gibson D, Workman C, Mehler PS. Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Psychiatr Clin North Am*. 2019 Jun;42(2):263-74.
4. Mehler PS, Blalock DV, Walden K, Kaur S, McBride J, Walsh K, Watts J. Medical findings in 1,026 consecutive adult inpatient – residential eating disordered patients. *Int J Eat Disord*. 2018;51:305-13.
5. Arcelus J, Mitchell AJ, Gales J, Nielsen S. Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders: A Meta-analysis of 36 Studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(7):724-31.
6. Fichter M, Quadflieg N. Mortality in Eating Disorders - Results of a Large Prospective Clinical Longitudinal Study. *Int J Eat Disord*. 2016;49:391-401.
7. Lawson EA, Miller K. Diciembre, 2019. Anorexia nervosa: Endocrine complications and their management. Recuperado de: <https://www.uptodate.com/contents/anorexia-nervosa-endocrine-complications-and-their-management/contributors>
8. Mehler P, Yager J, Solomon D. Febrero 2019. Anorexia nervosa in adults and adolescents: medical complications and their management. Recuperado de: <https://www.uptodate.com/contents/anorexia-nervosa-in-adults-and-adolescents-medical-complications-and-their-management#>
9. Hoang U, Goldacre M, James A. Mortality following hospital discharge with a diagnosis of eating disorder: national record linkage study, England, 2001-2009. *Int J Eat Disord*. 2014 Jul;47(5):507-15.