

Trastornos de la alimentación

Dra. Adriana Miranda,* Dr. Nahum Méndez-Sánchez**

Resumen

Los trastornos de alimentación se han incrementado notablemente desde la década de los 70' y cada día son más frecuentes sobre todo entre adolescentes del sexo femenino. En el presente artículo hacemos una revisión de las principales entidades como son anorexia nervosa, la bulimia nervosa y los comedores compulsivos. De cada una de ellas se revisa su epidemiología, patogenia y cuadro clínico.

Palabras clave: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, comedores compulsivos, trastornos de alimentación.

Introducción

Anorexia nervosa: "Pérdida del apetito de origen nervioso".¹ Este trastorno de la conducta alimenticia se caracteriza por alteraciones de la percepción de la imagen corporal. En donde existe un miedo al sobrepeso y un gran deseo de estar delgado. No tienen conciencia de enfermedad, por lo que no reconocen que están en su peso normal o menor y se siguen considerando gordos. El apetito al inicio es normal, y niegan el hambre, posteriormente al disminuir el peso >15%, ya existe anorexia (Figura 1). Presentan pérdida de peso significativo, resultado de dietas extremas autoimpuestas, actividad física excesiva, y en ocasiones mecanismos compensatorios purgantes.

Clasificación

1. Anorexia nervosa
2. Bulimia nervosa
3. Trastornos de alimentación no específicos
 - a) Comedor compulsivo sin mecanismo compensatorio.
 - b) Bulimia sin criterio de dos veces por semana durante tres meses.
 - c) Anorexia sin criterio de disminución de peso.
 - d) Síndrome de Pica.
 - e) Rumiación o mericismo.

* Departamento de Investigación Biomédica.

** Departamento de Gastroenterología.

Fundación Clínica Médica Sur. México, D.F.

Abstract

Eating disorders have increased since 1970's, and every day they still being more frequent among female adolescents. The current article reviews the different entities such as anorexia nervosa, bulimia nervosa and the compulsive overeating. Also, we review the epidemiology, pathogenesis and clinical aspects of these diseases.

Key words: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, compulsive overeating, eating disorders.

I. Tipo restrictiva: Limitan severamente la ingesta de hidratos de carbono y grasas, pacientes con múltiples dietas y restricción en el alimento llegando hasta el ayuno.

II. Tipo compulsiva-purgativa: Tienen a alimentarse con periodos compulsivos de comida, y después purgarse con mecanismos compensatorios como vómito inducido, enemas y laxantes.²

Bulimia nervosa (Hambre animal de origen nervioso).

Este trastorno de la conducta alimenticia se presenta con ingestión episódica descontrolada, compulsiva y rápida de grandes cantidades de alimento, generalmente comida con poco valor nutritivo, en periodos cortos de tiempo < 2 horas, en donde posteriormente sienten culpabilidad del pobre control y esto les genera ansiedad y depresión, lo que los lleva a mecanismos compensatorios como vómito inducido, enemas, laxantes, diuréticos, ayuno prolongado o ejercicio excesivo. Estos pacientes sí tienen conciencia de la enfermedad, por lo que generalmente comen a escondidas. Una comilona compulsiva es diferente en cada paciente, puede variar entre 1,000-10,000 calorías, generalmente > 5,000, pero para otros puede ser una simple galleta.

I. Tipo purgativa: Pacientes que se comen grandes cantidades de comida con bajo valor nutritivo y van a compensarlo con vómito inducido, enemas, laxantes o diuréticos.

II. Tipo no purgativa: Pacientes que comen grandes cantidades de alimento y después hacen ayuno o un ejercicio tremendo para eliminar la grasa.²



Figura 1. Anorexia nervosa.

Comedores compulsivos: Actualmente se está promoviendo para que sea una entidad separada de los trastornos no específicos, con criterios diagnósticos individuales, dentro del DSM-IV. Sin embargo, poco se conoce acerca de esta entidad, por lo que no se ha tomado como un problema serio y su diagnóstico puede requerir varios años.

Son pacientes que comen incontrolablemente, sin utilizar métodos compensatorios, por lo que generalmente tienden a la ganancia de peso y a ser obesos. Mientras más peso ganan, más tratan de hacer dieta, y eso los lleva a su siguiente episodio de comilona, lo que los hace sentir apenados y culpables. Utilizan la comida como una forma de lidiar con el estrés, los conflictos emocionales y los problemas diarios. Un porcentaje importante de los pacientes son hombres, que inician en la infancia, gran cantidad de ellos tuvieron historia de abuso sexual, por lo que consideran el tejido adiposo como protector, al mantenerlos alejados de los demás por considerarse menos atractivos. Frecuentemente son pacientes hipertensos, con diabetes mellitus.^{1,3}

Síndrome de Pica: Se caracteriza por la ingestión de sustancias no nutritivas como paredes, barro, gis, hielo, lo cual puede ocasionarles oclusión intestinal y envenenamiento. Aparece generalmente entre el año y los 6 años de edad.

Rumiación: Trastornos de regurgitación de alimentos, los mastican y tragan. Presentan desnutrición,

detención del crecimiento, muerte infantil. Aparece entre los 3 y los 12 meses.

Epidemiología

Anorexia nervosa: La prevalencia de este trastorno se ha calculado en 0.5 - 1% de la población femenina. Sin embargo, se considera que ha aumentado la incidencia en las últimas dos décadas. Es más frecuente en mujeres (90%), la relación mujer/hombre es de 10:1.^{4,5} En la mayoría de los casos inicia en la adolescencia entre 13-15 años. Tiene una distribución bimodal, con un pico a los 14.5 años y otro a los 18 años. Es más frecuente en mujeres con disciplinas como ballet, nado sincronizado y gimnastas y en hombres homosexuales. Otro dato de interés es que es más frecuente en países desarrollados y en familias con padres obesos. Se presenta de igual manera en todos los grupos étnicos y raciales. Interesantemente, la mitad de las pacientes con anorexia hacen transición a bulimia y se ha reportado una mortalidad que oscila entre el 10-20% debido a las complicaciones.⁶

Bulimia nervosa: Es más frecuente que la anorexia con una prevalencia que va del 1-3% de la población femenina. La mayoría son mujeres adolescentes (90-95%). Más frecuente en pacientes que fueron obesas, con historia de abuso de sustancias o abuso sexual. Los hombres afectados tienen frecuentemente historia de deportes como la lucha en donde el peso es algo importante.

Etiología

No se conoce la causa exacta de los trastornos alimenticios. Sin embargo, se piensa que es multifactorial en donde influyen la cultura, las familias, las características individuales y algunas alteraciones en neurotransmisores.^{1,7} Por ejemplo, se ha observado una disminución en los niveles de serotonina (5HT), la cual normalmente crea saciedad y un aumento de niveles de opioides endógenos en el LCR. En el caso de la anorexia nervosa: son pacientes con problemas de identidad, con dependencia excesiva, inmaduros y aislados, se ha detectado síntomas maniaco-depresivos. Son personas muy perfeccionistas, se ponen altas metas y tienen que probarse su competencia, muy estudiosas y exitosas académicamente. "Niños modelo", son hipersensibles al rechazo, sienten culpabilidad irracional, miedo y preocupación obsesiva. Sienten que el control de su vida es por medio de la comida y el peso, el número de la báscula determina si tuvieron éxito o

Trastornos de la alimentación

Cuadro I. Síntomas y signos en anorexia nervosa.

Generales	Gastrointestinales	Cardiovasculares	Metabólicas	Renales y electrolíticos
Pérdida de peso importante	Malestar epigástrico	Bradycardia sinusal, 30 latidos por minuto	Hipoplasia de médula ósea, pancitopenia	Deshidratación
Caquexia	Retraso del vaciamiento gástrico	Hipotensión arterial postural	Densidad ósea disminuida	Hipoglucemia
Desnutrición Hipomagnesemia	Constipación	Bajo voltaje en ECG	Osteopenia, osteoporosis	Hipofosfatemia
Fatiga, debilidad muscular	Esofagitis	Onda T invertida y aplanada	Fracturas patológicas	Hiponatremia
Hipotermia < 35°C	Perforación esofágica y hematemesis	Depresión del segmento ST	Disminución de hormonas sexuales	Hipocloremia
Síncope, lipotimias	Hiperamilasemia	Arritmias	Amenorrea	Hiperuricemia
Palidez, acrocianosis	Hipertrofia de parótidas	QT prolongado	Retraso del desarrollo sexual	Alteraciones ácido-base
Cefalea	Pancreatitis	Atrofia de músculo cardíaco por ECO	Infertilidad	Daño renal en casos graves y crónicos
Piel seca		Prolapso funcional de válvula mitral	Disminución del interés sexual	BUN aumentado
Pelo y uñas quebradizas		Dilatación de cámaras cardíacas	Aumento del cortisol	Disminución de FG
Lanugo		ICC en etapas de recuperación por rehidratación	Aumento de GH	Proteinuria, hematuria y piuria
Alteraciones en el sueño, REM corto		Edema de MI	Disminución de somatomedina C	Litiasis renal
Depresión, irritabilidad		Cardiomiopatía con problemas de contractilidad cardíaca	T3 y T4 disminuidas, TSH normal	
Alteraciones en la concentración			Secreción inapropiada de ADH	

REM: Movimientos oculares rápidos. ECG: Electrocardiograma. ICC: Insuficiencia cardíaca congestiva. MI: Miembros inferiores. GH: Hormona de crecimiento. TSH: Hormona estimulante de tiroides. ADH: Hormona antidiurética. BUN: Nitrógeno ureico sanguíneo. FG: Filtración glomerular.

si fallaron en las metas. Se sienten poderosos cuando bajan de peso. Tienen baja dignidad y sienten que no merecen comer, el ayuno es una forma de autocastigo.⁹

Con relación a la bulimia nervosa, son personas con historia de obesidad, con poco autovalor, sensación de que no sirven para nada, miedo a perder control, de-

Cuadro II. Síntomas y signos en bulimia nervosa.

Generales	Gastrointestinales	Cardiovasculares	Metabólicos y electrolíticos
Fluctuaciones en el peso	Coloración amarillenta	Taquicardia	Irregularidades menstruales
Peso normal o ligeramente elevado	Constipación	Hipotensión arterial	Deshidratación
Fatiga, debilidad muscular	Dolor abdominal que disminuye con el vómito	Arritmias	Hipokalemia
Hipomagnesemia Síncopes, lipotimias	Desgaste del esmalte dental	Edema de MI	Hipocloremia
Depresión	Aumento de caries	Cardiopatía con alteración de la contractibilidad	Hiponatremia
Ansiedad	Irritación faríngea	Hipertensión y EVC por amfetaminas ²²	Hipercalemia
	Signo de Russell: Excoriaciones en dedos medio e índice		Hiperuricemia
	Hiperamilasemia		Alteraciones ácido-base
	Hipertrofia de parótidas		
	Pancreatitis		
	Sx. Mallory-Weiss, pneumomediastino y hematemesis		

MI: Miembros inferiores.
EVC: Evento vascular cerebral.

pendiente de otros, con pensamientos de todo/nada. Luchan para sentir aprobación por otros, hacen lo que sea para servir a otros y ocultan sentimientos. Mujeres que carecen de contacto y afecto paternos y compensan sus necesidades por medio de la comida que se convierte en su propia fuente de confort. Suele existir comorbilidad con trastornos de personalidad como borderline, desórdenes afectivos, de ansiedad, impulsivos, abuso de sustancias y alcoholismo, cleptomanía, promiscuidad e intentos de suicidios.⁹

Cuadro clínico

El cuadro clínico de los trastornos de la alimentación puede ser muy similar entre ellos, ya que lo que los caracteriza son las manifestaciones clínicas y las complicaciones de los diferentes métodos compensa-

torios. Aquí se muestran los síntomas y signos más específicos, sin embargo muchos de éstos pueden ocurrir en ambos trastornos (Cuadros I y II).

Tratamiento

Médico: Restablecer el equilibrio médico general, y alteraciones hidroelectrolíticas. Tratar las urgencias como las esofagitis, Mallory-Weiss, pancreatitis, arritmias, hipertensión arterial, enfermedad vascular cerebral, etc.

Farmacológico: Con ayuda de un psiquiatra se puede considerar el tratamiento farmacológico, se ha visto que con ansiolíticos, tranquilizantes y antidepressivos inhibidores de la recaptura de serotonina (Fluoxetina-Prozac), los pacientes, sobre todo con bulimia, tienen un 70% de éxito.^{2,14,17}

Nutricional: Se realiza con ayuda de un nutriólogo y el objetivo es el normalizar los patrones de alimentación sin ciclos de compulsión y purga y restablecer el peso normal y mantenerlo, para reducir los síntomas y el riesgo de muerte.

Al inicio puede requerirse de nutrición parenteral y después de alimentación enteral. Una vez obteniendo el peso esperado se hace el cambio a comida normal con suplementos líquidos. Ganancia de peso diario limitado a 0.2-0.4 kg, para evitar problemas de la fase de recuperación. Tienen que evaluar la dieta e identificar deficiencias y excesos. Educar al paciente acerca de los nutrientes necesarios, desarrollar dietas balanceadas y orientar con guías y corregir creencias y mitos acerca de las dietas y la comida.

Psicoterapia: Con ayuda de un psicólogo se requiere de terapias tanto individuales como familiares y de grupo.^{14,18} La terapia individual se basa en la conducta-conductual, aunque más recientemente se ha utilizado la psicoterapia interpersonal. En casos extremos la hospitalización está indicada para tratar los problemas de hidratación, hipokalemia, síndrome de Mallo-ry-Weiss, etc.^{2,5} El pronóstico, generalmente es malo porque tienden a recaer y su recuperación es prolongada y difícil.^{19,21}

Conclusiones

Los trastornos de alimentación son más frecuentes de lo que parecen, por lo que es necesario que el médico general los conozca para poder identificarlos. Esto es importante, ya que el tratamiento de estas pacientes debe ser integral y es necesario interactuar con otros especialistas para una mejor terapéutica y mejor pronóstico.

Referencias

1. Santonastaso P, Ferrera S, Favaro A. Differences between binge eating disorder and nonpurging bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1999; 25: 215-218.
2. Wiseman CV, Harris WA, Halmi KA. Eating disorders. *Med Clin North Am* 1998; 82: 145-159.
3. Fairburn CG, Welch SL, Hay PJ. The classification of recurrent overeating: The "Binge Eating Disorder" Proposal. *Int J Eat Disord* 1993; 13: 155-159.
4. Hsu LKG. Epidemiology of the eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1996; 19: 681-700.
5. Kreipe RE, Mou SM. Eating disorders in adolescents and young adults. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2000; 27: 101-124.
6. Carney CP. Eating disorders: Guide to medical evaluation and complications. *Psychiatr Clin North Am* 1996; 19: 657-679.
7. Walsh BT, Devlin MJ. Eating disorders: Progress and problems. *Science* 1998; 280: 1387-1390.
8. Bulik CM, Sullivan PF, Kendler KS. An empirical study of the classification of eating disorders. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 886-895.
9. Low BL. Eating disorders. *Singapore Med J* 1994; 35: 631-634.
10. Powers PS. Initial assessment and early treatment options for anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychiatr Clin North Am* 1996; 19: 639-655.
11. Garfinkel PE, Kennedy SH, Kaplan AS. Views on classification and diagnosis of eating disorders. *Can J Psychiatry* 1995; 40: 445-456.
12. Kreipe RE, Birndorf SA. Eating disorders in adolescents and young adults. *Med Clin North Am* 2000; 84: 1027-1049 vii-ix.
13. Walsh BT, Kahn CB. Diagnostic criteria for eating disorders: Current concerns and future directions. *Psychopharmacol Bull* 1997; 33: 369-372.
14. Peterson CB, Mitchell JE. Psychosocial and pharmacological treatment of eating disorders: A review of research findings. *J Clin Psychol* 1999; 55: 685-697.
15. Devlin MJ. Assessment and treatment of binge-eating disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1996; 19: 751-772.
16. Fichter MM, Quadflieg N. Six-year course and outcome of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 1999; 26: 359-389.
17. Stunkard A. Eating disorders: The Last 25 years. *Appetite* 1997; 29: 181-190.
18. Wilson GT, Vitousek KM, Loeb KL. Stepped care treatment for eating disorders. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68: 564-572.
19. Fichter MM, Quadflieg N, Brandl B. Recurrent overeating: An empirical comparison of binge eating disorder, bulimia nervosa and obesity. *J Eat Disord* 1993; 14: 1-16.
20. Frank JB, Weihs K, Minerva E, Lieberman DZ. Women's Mental Health in Primary Care: Depression, anxiety, somatization, eating disorders and substance abuse. *Med Clin North Am* 1998; 82: 359-389.
21. Behrman, Kliegman, Jenson. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 16th edition. Philadelphia: Saunders 2000; 562-564.