

Psicocirugía en paciente con anorexia nerviosa refractaria. Caso clínico

Dra. Marta Georgina Ochoa Madrigal,* Dr. Francisco Javier Valencia Granados,** Dr. Antonio Zárate Méndez,*** Dr. Oscar Luna Meneses,**** Dr. Manuel Hernández Salazar*****

* Paidopsiquiatra adscrita al Servicio de Psiquiatría del CMN "20 de Noviembre", ISSSTE.

** Jefe de Servicio de Psiquiatría del CMN "20 de Noviembre", ISSSTE.

*** Neurocirujano Coordinador de Servicios Modulares CMN "20 de Noviembre" ISSSTE.

**** Psiquiatra adscrito al Servicio del CMN "20 de Noviembre", ISSSTE.

***** Neurocirujano Jefe de Enseñanza de la Coordinación de Servicio Modulares del CMN "20 de Noviembre", ISSSTE.

RESUMEN

Los trastornos alimentarios en la infancia y la adolescencia se encuentran entre los desórdenes más severos. Entre los trastornos alimentarios de aparición temprana tenemos la anorexia nerviosa, en la que se enfoca este artículo sobre todo en aquellos casos donde la medicina se encuentra en una encrucijada y la mayoría de los intentos terapéuticos han fallado y sólo quedan recursos de tipo heroico para mantener con vida a los pacientes, nuestra propuesta es un tipo de abordaje que ha resultado eficaz en los casos refractarios de anorexia que es la psicocirugía.

Psychosurgery in patient with nervous refractory anorexia. Clinical case

ABSTRACT

The eating disorders in the childhood and the adolescence are between the most severe disorders. About the eating disorders of early appearance we have the nervous anorexic, the one that focuses this article mainly in those cases where the medicine is in crossroads and most of the therapeutic attempts they have failed and only they are left resources of heroic type to maintain with life the patients, our proposal is a type of boarding that has been effective in the refractory cases of anorexic that is psychosurgery.

Palabras clave: Trastorno alimentario, anorexia nerviosa, psicocirugía.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas los trastornos de conducta alimentaria (TCA) se han convertido en un problema en el mundo occidental, esto se ha visto reflejado en el notable aumento de la investigación del tema. La prevalencia de los TCA ha sido el centro de atención de numerosos trabajos en los que se encuentran una prevalencia media de 0.28% de anorexia nerviosa (AN) en mujeres adolescentes, una prevalencia media 0.9% de bulimia nerviosa (BN) en las mujeres y de 0.2% en los hombres con TCA, la distribución por sexo es de 10:1, donde las mujeres adolescentes son la población más vulnerable. La investigación sobre los TCA se ha venido desarrollando de manera sistemática desde hace 10 años. Hasta ahora, las explicaciones de las cau-

sas que provocan estos trastornos se han basado en investigaciones en otros contextos socioculturales, en México se ha visto limitado debido a la baja prevalencia que caracteriza a estas enfermedades.

Los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia son poco frecuentes, son de evolución tórpida y presentan serias dificultades en el tratamiento además de graves complicaciones somáticas y psíquicas. La psicocirugía es un procedimiento quirúrgico esterotáxico de alta precisión que por medio de termoablación selecciona blancos cerebrales específicos para la modificación de síntomas claves que participan en determinadas enfermedades las cuales suelen ser incapacitantes, como la anorexia nerviosa.

La definición de un problema alimentario en la infancia es aquella "en la que hay una preoccupa-

ción excesiva con el peso y la forma corporal, o la ingestión de alimentos, acompañada por un consumo bastante irregular, inadecuado y caótico".

Los modelos explicativos más complejos para los TCA son los biopsicosociales, los cuales combinan variables biológicas, genéticas, psicológicas y sociales en una estructura causal biopsicosocial. Ha quedado clara la etiología multicausal, resultado de una compleja interacción de factores predispónentes, precipitantes y perpetuantes; la afección es el resultado de una serie de influencias que varían con cada persona, pero que interactúan mutuamente de tal manera que la causa y el efecto se distinguen con dificultad.

Se estima que la presencia de alteraciones de la personalidad en paciente con TCA es de 53-93%. Los distintos estudios realizados en pacientes con diferentes tipos de TCA señalan la presencia de rasgos obsesivos de 27-61% de las diversas muestras descritas; timidez y dependencia de 21-48% y ansiedad de 51-64%. Las primeras investigaciones realizadas están de acuerdo en que el tipo de personalidad predominante, que es de 69-87% queda comprendido por la combinación de rasgos obsesivos, de inhibición y conformismo. La prevalencia de trastornos de personalidad en pacientes con AN mostraron que el trastorno por evitación fue más frecuente (14-16%); en segundo lugar se ubicó el trastorno dependiente (5-10%) y, finalmente, el trastorno obsesivo compulsivo 6-7%.

La evolución de la anorexia nerviosa puede ser variada, algunas personas se recuperan totalmente (30-40%), otras presentan episodios fluctuantes, con ganancia de peso seguida de recaídas; y en otros casos, si no se establece un programa terapéutico, puede surgir un desarrollo de progresiva desnutrición con la posibilidad de desembocar en estado caquético, la muerte por inanición, suicidio o desequilibrio metabólico, presentan mejoría significativa en 30% en los síntomas graves residuales. Llegan a presentar una tasa de mortalidad de 5-10% y de suicidio en 6%. Su recuperación del peso/menstruación es de 50%. De los pacientes tratados en hospital al año recaen 50%. Considera tener sobrepeso 79%, en 40% continúan con síntomas depresivos.

De un grupo clínico, 20% fallecieron (Patton, 1988). Otro 20% tuvieron mal resultado (Tolstrup y cols., 1985). Pocos desean aumentar de peso a pesar de su delgadez y poner en riesgo su vida. Además de los síntomas psicológicos, la inanición, mala concentración, preocupación por el peso y el estado depresivo afectan de manera notable su capacidad para participar en el proceso terapéutico.

Dentro de las nuevas alternativas terapéuticas que se han venido desarrollando en los últimos

tiempos en otros países y en este Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", el cual cuenta con la tecnología y el equipo médico especializado para tratar casos refractarios de anorexia nervosa, cuando los demás tratamientos han fallado, existe la psicocirugía.

La psicocirugía es un procedimiento quirúrgico esterotáxico de alta precisión que por medio de termoablación selecciona blancos cerebrales específicos para la modificación de síntomas claves que participan en determinada enfermedad los cuales suelen ser incapacitantes, puede ser el caso de la impulsividad, la agresividad, etc. Esta selección de casos refractarios dentro de los diferentes padecimientos mentales han sido tratados con éxito y se espera que en un futuro no muy lejano la anorexia pueda incluirse en este tipo de procedimientos, sobre todo en casos donde el manejo terapéutico no ha tenido éxito y el riesgo de muerte sea elevado, este tratamiento ofrece una alternativa más en padecimientos de difícil manejo.

Actualmente con la neurocirugía estereotáctica, las posibilidades de éxito son mayores, los riesgos y efectos secundarios son mínimos por la precisión del método. Hoy en día, la psicocirugía es un tratamiento considerado de invasión mínima y muy selectiva diseñado para casos bien seleccionados como son los trastornos psiquiátricos refractarios a tratamientos convencionales. Por ejemplo, el caso de la agresividad, el trastorno obsesivo compulsivo, la depresión, el trastorno de ansiedad y anorexia nervosa. Recientes avances en la tecnología, técnicas neuroanatómicas funcionales, así como la corta estancia, disminuyen el costo y tiempo para pacientes enfermos crónicos y que puede proveer una oportunidad para que la psicocirugía llegue a ser una opción de tratamiento más atractiva en enfermedades psiquiátricas. Los blancos neuroquirúrgicos descritos para la anorexia son talamotomía estereotáctica bilateral con involucración de la lamella medialis y leucotomía límbica bilateral.

MÉTODO

Presentación del caso

Antecedentes de importancia en relación con el caso

Se trata de paciente femenina de 20 años de edad, con antecedente de hospitalización previa en el mes de abril del presente año con duración aproximadamente de dos meses con diagnósticos de bulimia, anorexia nervosa y trastorno de personalidad límite.

En total, durante el transcurso de la evolución del padecimiento ha presentado aproximadamente 11 internamientos en distintos medios hospitalarios incluyendo permanencias mensuales en hospitales psiquiátricos en donde se ha manejado con múltiples esquemas farmacológicos de distintos mecanismos de acción incluyendo antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos, moduladores del estado de ánimo e incluso terapia electroconvulsiva (TEC); no habiendo presentado mejoría en su sintomatología psiquiátrica y de la alimentación.

Ha presentado desde el inicio del padecimiento ocho intentos suicidas requiriendo en todos ellos de hospitalizaciones para manejo de urgencia. En el mes de abril del presente año es referida a este Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" ISSSTE, para manejo nutricional y control metabólico, con peso a su ingreso de 29 kg., permaneciendo aproximadamente dos meses durante los cuales la paciente tuvo un incremento ponderal significativo, pero difícil ya que durante su estancia presentó rencuencia total al manejo traducida en agresividad, periodos de agitación psicomotriz y persistencia de rechazo a la alimentación vía oral con autoinducción de vómitos, por lo que tuvo que ser manejada bajo sujeción gentil en varias ocasiones.

Posteriormente es sesionado su caso por la división de Neurociencias de este Centro Médico y se concluye tomando en consideración los antecedentes del complicado manejo de la paciente, la posibilidad de realización de psicocirugía, la cual es efectuada el 11 de junio de 2004, habiéndosele realizado leucotomía límbica guiada por esterotaxia, sin presentar complicaciones o eventualidades peri o posquirúrgicas.

Se somete a un segundo tiempo quirúrgico a sugerencia del equipo de neurocirugía para reforzar el primer tiempo esta vez utilizando como blanco la lamella medialis y tálamo bilaterales, en fecha de 21 de septiembre del 2004.

La paciente permanece en vigilancia hospitalaria, en los días subsecuentes encontrando mejoría

significativa de su sintomatología, mostrándose desde el postoperatorio inmediato: cooperadora al manejo, amable, con apetito dentro de límites normales y sin episodios de atracones y/o autoinducción del vómito. Se egresa a las dos semanas con peso aproximadamente de 45 kg con su medicación. Se realiza batería clínimétrica a los dos meses de su egreso, siendo valorada dos veces por semana en la Consulta Externa del Servicio de Psiquiatría con el objetivo de brindar psicoterapia de apoyo y reforzamiento de límites encontrándola durante los últimos meses posteriores con evolución satisfactoria.

MÉTODOS PARA EL ANÁLISIS DE RESULTADOS

Tabla de contingencia, medidas porcentuales, gráficas de mínimo máximo.

RESULTADOS

Las escalas clínimétricas que se aplicaron antes de la cirugía y a los dos meses reflejaron lo siguiente: en el cuadro 1 se concentran las escalas aplicadas en el pre y posquirúrgico mostrando la evolución, el rango de normalidad, magnitud de la alteración y evolución clínica.

La figura 1 corresponde a la Escala de Impulsividad de Plutchik, mostrando la diferencia de un punto hacia abajo respecto del valor prequirúrgico; reflejando un grado de mejoría de 5%.

La figura 2 corresponde a la Escala de Obsesividad y Compulsividad de Yale-Brown; muestra la diferencia de 34 puntos respecto del valor prequirúrgico; reflejando un grado de mejoría de 87%.

La figura 3 corresponde a la Escala de Incapacidad de Sheehan; muestra la diferencia de cuatro puntos respecto del valor prequirúrgico; reflejando un grado de mejoría de 42%.

La figura 4 corresponde a la Escala de impresión Clínica Global; muestra la diferencia de seis

Cuadro 1.

	Plutchiik	OCYB Global	Sheehan Global	CGI-S Global	EAO Global	HAM-D	HAM-A
Pre-Qx	26	39	7	7	493	25	30
Post-Qx	25	5	3	1	79	8	12
Cambio	-1	-34	-4	-6	-414	-17	-18
Límite inferior (LI)	0	0	1	0	0	0	0
Límite superior (LS)	15	9	3	7	253	15	16
Número de veces por arriba de LS	1.73	4.33	2.33	1.00	1.95	1.67	1.88
Grado de mejoría (%)	5.0	87.3	41.7	83.3	99.5	90.2	89.6
Cambio Relativo con respectos al LS (%)	73.3	333.3	133.3	0.0	94.9	66.7	87.5
	No	Muy	Significativa	Muy	Muy	Muy	Muy
Evolución clínica	significativa	significativa		significativa	significativa	significativa	significativa

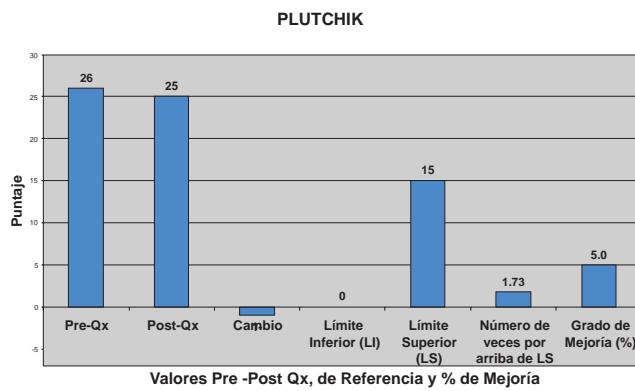


Figura 1. Escala de Impulsividad de Plutchik.

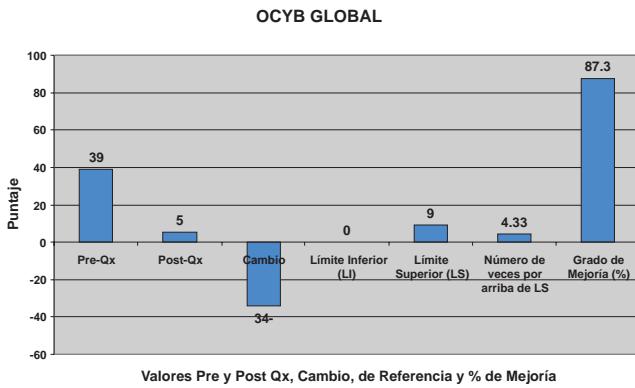


Figura 2. Escala de Obsesividad y Compulsividad de Yale-Brown.

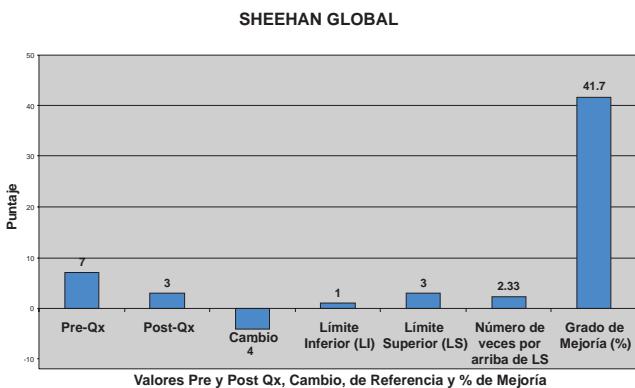


Figura 3. Escala de Incapacidad de Sheehan.

Descripción de las siglas

EAO	Escala de agresividad objetiva (Valencia-Meneses).
CGI-S	Impresión global clínica (mejoría).
Sheehan	Escala de funcionamiento.
OCYB	Escala de obsesión compulsión de Yale Brown.
Plutchik	Escala de impulsividad

puntos respecto del valor prequirúrgico; reflejando un grado de mejoría de 83%.

La figura 5 corresponde a la Escala de Agresividad Objetiva, muestra la diferencia de 44 puntos respecto del valor prequirúrgico; reflejando un grado de mejoría de 99.5%.

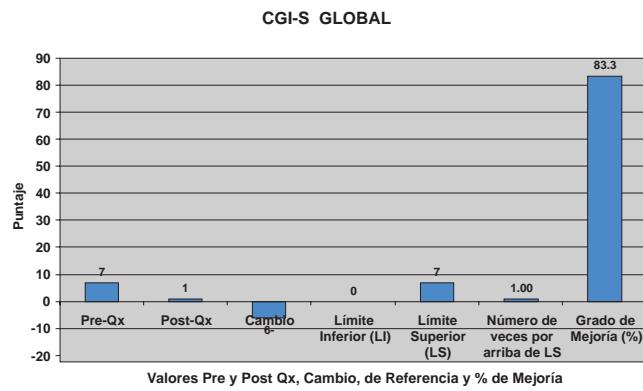


Figura 4. Escala de Impresión Clínica Global.

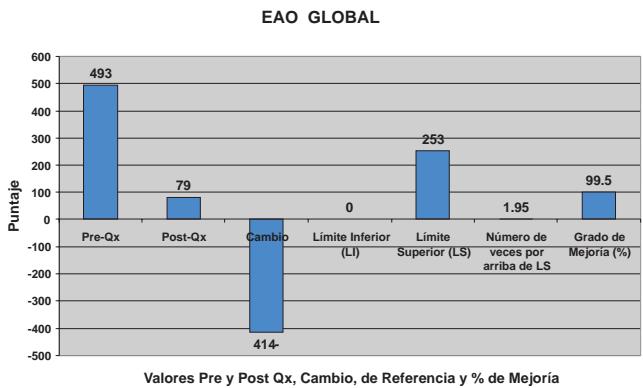


Figura 5. Escala de Agresividad Objetiva.

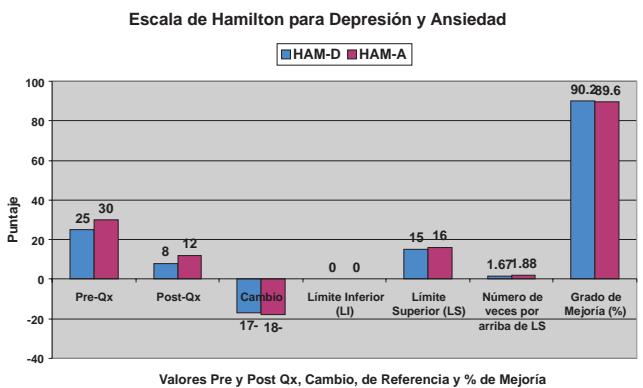


Figura 6. Escala de Hamilton para Depresión y Ansiedad.

La figura 6 corresponde a la Escala de Hamilton para Depresión y Ansiedad; en la de depresión muestra la diferencia de 17 puntos respecto del valor prequirúrgico; reflejando un grado de mejoría de 90.2%; en la de ansiedad muestra la diferencia de 18 puntos respecto del valor prequirúrgico; reflejando un grado de mejoría de 90%.

DISCUSIÓN

Como se ha comentado, este tipo de padecimiento tiene un pronóstico reservado, el tratamiento en lo mejor de los casos no se obtienen

buenos resultados, el índice de recaídas es muy alto a comparación de la remisión, algunas pacientes presentan además intentos suicidas que agravan su situación de vida, además del estado físico alarmante de desnutrición que pueden llevar al paciente a la muerte. Muchas anoréxicas han sido multitratadas con mal resultado, por lo que se vuelven refractarias a cualquier manejo tanto médico como psiquiátrico, el resultado puede desencadenar en la muerte de una u otra forma como se menciona, de ahí la necesidad de incorporar nuevos manejos terapéuticos como la psicocirugía, la cual se ha realizado en otros padecimientos psiquiátricos refractarios en este centro médico con excelentes resultados. Ya que se cuenta con la infraestructura y el personal capacitado para la realización del procedimiento psicoquirúrgico en pacientes anoréxicas refractarias a otros tratamientos.

La evolución clínica posterior a la cirugía siempre fue hacia la mejoría. Se puede observar en las diferentes gráficas que la disminución de los síntomas fue significativa en la mayoría, excepto en la impulsividad donde a pesar de existir una diferencia de un punto comparado con el puntaje prequirúrgico no hay deterioro, lo que se puede corroborar clínicamente. La mejoría de los síntomas afectivos de depresión y ansiedad de 90.2 y 89.6%, respectivamente, en la escala para los síntomas de obsesividad se aprecia una mejoría de 87.3%, en la escala de Sheehan global 41.7%, en la escala de Impresión global clínica 83.3%, y por último la Escala de Agresividad Objetiva de 99.5%, así como la restauración de la arquitectura del sueño después de la primera cirugía, donde se realizó cingulotomía y capsulotomía bilaterales. Además de un segundo tiempo quirúrgico donde que refuerza el primer tiempo para la erradicación de los síntomas como del rechazo al alimento y el vómito.

En este momento la paciente está integrada al núcleo familiar, no ha sido hospitalizada nuevamente, la depresión ha disminuido importante mente, se muestra la mayor parte del tiempo sonriendo y optimista, la ideación suicida ha desaparecido, presenta metas a futuro, está estudiando inglés, hace poco ejercicio, los pensamientos sobre el alimento de que la pueden engordar no están presentes; pesa 50 kg con una estatura de 1.55 metros se integra a la dieta familiar, existe ocasionalmente la idea de vomitar no llegando a realizarlo, la disfunción familiar persiste; sin embargo, la paciente no presenta recaída de la sintomatología anterior, trata de llevar una vida normal integrándose a lo que le correspondería según su edad y género, después de mucho tiempo de no hacerlo debido a la forma en que su enfermedad la

había incapacitado, ya que durante mucho tiempo permanece hospitalizada en diversas instituciones. Concluidos que la psicocirugía es un recurso terapéutico más para disminuir síntomas de difícil control de la anorexia de tipo refractaria. El estudio tuvo muchas limitaciones para poder emplear métodos estadísticos por lo que sólo se utilizó análisis descriptivo y la otra limitante es que sólo describimos un caso, esperamos en un futuro poder contar con una casuística mayor y ampliar nuestra muestra, los psicofármacos no se han retirado y continuará tomandolos según sea su respuesta ulterior.

REFERENCIAS

1. Barcena SE. Anorexia, la Locura del Cuerpo. Un enfoque Psicoanalítico. *Acta Pediatr Mex* 2004; 25(4): 257-61.
2. Bravo M. y cols. Anorexia Nerviosa: Características y Síntomas. *Rev Cubana Pediatr* 2000; 72(4): 300-5.
3. Darin D. Dougherty, MD, et al. Prospective long-term follow-up of 44 patients who received cingulotomy for treatment-refractory obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 2.
4. F. López-Muñoz, et al. Agresividad y psicofármacos reguladores e inductores de conductas agresivas. *Revista Electrónica de Psiquiatría* 1999; 3(2).
5. Rees G, Thomas Ballantine H. Cingulotomy and Psychosurgery; chapter 203; pp 1965-1970; *Textbook of Stereotactic and Functional Neurosurgery*; Edit. Interamericana; 2002.
6. Rees Cosgrove G., MD, FRCS, et al. *Psychosurgery*; *Neurosurgery Clinics of North America*, volume 6, number 1, January 1995.
7. Gabriela Galindo, et al. Evaluación neuropsicológica de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo: evidencia de alteraciones en el sistema nervioso central; *Salud Mental*, V. 6, No. 4, Diciembre 1993.
8. González ML, Unikel C, Cruz C, Caballero A. Personalidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Salud Mental* 2003; 26(3): 1-8.
9. Johnson Jeffrey y cols. Trastornos de la alimentación durante la adolescencia y el riesgo para trastornos mentales y físicos durante la adultez temprana. *Achieves of General Psychiatry* 2002; 59: 545-52.
10. Morgan JF, Crisp AH. Use of Leucotomy for Intractable Anorexia Nervosa: A Long Term Follow-up Study. *Int J Eat Disord* 2000; 27(3): 249-58.
11. Nicholls Dasha. Trastornos alimentarios en niños y adultos. *Avances en Psiquiatría* 2000; 5(4): 2-9.
12. Riva T. y cols. Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes de Málaga (España). *Salud Mental* 2001; 24(2): 25-31.
13. Yehuda Sasson, et al. Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder: A World View; *J Clin Psychiatry* 1997; 58(Suppl. 12): 7-10.
14. Zamboni R., et al. Dorsomedial Talamotomy as a Treatment for Terminal Anorexic Report of Two Cases. *Acta Neurotic Suppl (wine)* 1993; 58: 34-5.
15. Meneses LO, Valencia GFJ, Díaz MA, Díaz MLR. Tesis. Estudio de Casos: Beneficios de la Psicocirugía en pacientes con agresividad y trastorno obsesivo compulsivo refractarios. Febrero 2004.
16. Meneses LO, Valencia GFJ, Hernández SM, Soriano PAM. Psicocirugía en tres pacientes con esquizofrenia y agresividad refractaria. Reporte de Casos; *Neurol Neurocir Psiquiat* 2003; 36(4): 153-64.
17. Meneses LO, Valencia GFJ, Hernández SM, Soriano PAM. Psicocirugía en un paciente con trastorno obsesivo compulsivo refractario (TOC – R). Aceptado para su publicación el 03 Nov 2004 en la Revista Psiquiatría Biológica, Barcelona, España.
18. Jeffrey K. Zeig. Un Seminario Didáctico con Milton Ericsson. Editorial Amorrortu; 1985, pp. 126-35.

Recibido: Marzo 30, 2006.

Aceptado: Junio 8, 2006.