

## Anorexia nerviosa y bulimia. Diagnóstico

*Myriam Puig Abulí*

### **Anorexia y bulimia**

- En ambas existe una preocupación excesiva por la comida, con variaciones en el peso en la bulimia y una pérdida de peso notable en la anorexia y con consecuencias psicológicas y fisiológicas importantes. Son enfermedades refractarias o difíciles de tratar. De 90-95% de los pacientes son mujeres, de clase media y alta aunque últimamente se ha extendido a clase baja.

### **Incidencia**

- La incidencia de la anorexia se ha doblado en las últimas décadas llegándose a cifras en USA de 0.64/100.000; Suiza: 1.12/100.000 de casos tratados y con una prevalencia estimada total (tratados y no tratados) de 1 %.
- En cuanto a la bulimia, es menos conocida y los trabajos varían de cifras entre 4,5 y 18% de las estudiantes de bachillerato o universidad.

### **Historia**

- William Gull, en 1874, aplicó el término de «Anorexia nerviosa» a un grupo de pacientes con una alteración clínica característica manifestada por un cuadro de: Anorexia, caquexia, amenorrea y estreñimiento con aumento de actividad física e hipotermia y bradicardia.

### **Anorexia nerviosa**

- Síndrome caracterizado por una pérdida extrema de peso, con alteración de la imagen corporal y un miedo intenso de hacerse obeso. La morbimortalidad en la anorexia se cuenta dentro de las más altas dentro de la patología psiquiátrica.

### **Anorexia. Historia natural**

- Típicamente comienza en una adolescente que tiene sobrepeso o piensa que tiene sobrepeso e inicia una dieta o un programa de ejercicios. Lo que comienza como un esfuerzo moderado por perder peso se transforma en una preocupación excesiva de estar delgada, asociada a un cambio profundo de los hábitos alimenticios. Los pacientes buscan la pérdida de peso de dos maneras: Una marcada restricción de la ingesta calórica (a. restrictiva) o con una restricción severa de la ingesta calórica alternando con períodos de atracones de comida que terminan en vómitos autoinducidos o con el uso de laxantes o diuréticos (a. bulímica). La edad de inicio va desde la época preadolescente en adelante hasta pasados los 30 años.

### **Anorexia. Causas**

- Trastorno socio-psico-biológico de creciente trascendencia sanitaria cuyo estudio reviste un indudable valor. Se trata de un

cuadro complejísimo en el que se entrelazan confusa e inseparablemente hechos socio-culturales, conductuales, neuroendocrinos, cognitivos, emocionales, somáticos y iatrogénicos. Se debe ver más como un punto de llegada que como una simple entidad nosológica.

### **Anorexia. Causas socio-culturales**

- La anorexia no puede entenderse sin la existencia de unos hábitos y valores socioculturales definidores de los estereotipos estéticos concernientes al cuerpo, que constituirían la causa primera mas o menos remota pero siempre presente del trastorno. En los últimos 25 años el ideal físico se ha ido progresivamente reduciendo en medidas y peso. Se ve un valor cultural en la esbeltez, mas bien delgadez. El culto o cultivo del cuerpo como forma de éxito social, la equiparación de autocontrol y adelgazamiento, entre autoestima y aceptación social. Igualmente la anorexia puede aparecer en adolescentes que se dedican a actividades ocupacionales o recreacionales que ponen énfasis en delgadez como el ballet, la gimnasia, o el atletismo.

### **Anorexia. Causas psicológicas**

Se han descrito varias posibles causas de este complejo problema, entre ellas:

- Disfunción psicobiológica: alta incidencia de depresión (50% de las anorécticas y 20% de las bulímicas).
- Las pacientes tienen actitudes y conceptos distorsionados que afectan casi todas las áreas de su comportamiento: Baja autoestima, ansiedad. Introvertidas, obsesivas y perfeccionistas. Buenas estudiantes pero no satisfechas. Voluntariosas y desconfiadas.
- Errores precoces durante el desarrollo (incapacidad de la madre de percibir y responder a las llamadas de hambre del bebe)
- Presencia de disfunción familiar (sobreprotección, rigidez, perfeccionismo). Frecuentemente hay otro miembro de la familia que recibe mas atención y la anoréctica es reconocida después de aparecer la enfermedad.
- Pensamientos obsesivos de comida, del comer.
- Distorsión de la imagen corporal.
- La anorexia puede ser vista como un intento de ganar control.

### **Anorexia. Causas neuroendocrinas**

- Genética: mayor concordancia entre gemelos monocigóticos que dicigóticos y mayor incidencia en ciertas familias.
- Existe una disfunción hipotalámica que puede ser previa a la pérdida de peso, y mantenerse después de su recuperación. Aumento marcado de la actividad opioide endógena (supresión de apetito, tolerancia al ayuno, hipogonadismo hipotalámico). Aumento de la secreción de cortisol. Dopamina y norepinefrina disminuidas.

**Anorexia. Clínica**

- Alteraciones del gusto: déficit de zinc? Cardiovascular: bradicardia, hipotensión, arritmias, prolapso VM. prolongación del QT en el EKG y depresión del ST en prueba de esfuerzo. Renal: aumento urea, disminución de la filtración glomerular, cálculos renales, edema periférico. Gastrointestinales: estreñimiento, retardo en el vaciamiento gástrico y la motilidad intestinal. Alteración de enzimas hepáticas. Hematológico: anemia, leucopenia, trombocitopenia. GR como en la abetalipoproteinemia. Densitometría ósea muestra disminución de la densidad ósea, osteopenia.

**Anorexia. Manifestaciones endocrinas**

- Amenorrea - por falta de pulsación gonadotrófica como en la época prepuberal. Falla hipotalámica o suprahipotalámica. Que a veces puede ser anterior al inicio de la pérdida de peso.
- La liberación de gonadotropinas está también disminuida en los anorécticos varones. Los niveles de testosterona están bajos y pueden contribuir a la disminución de la libido y a la impotencia que se observa en estos pacientes.
- Déficit estrogénico que contribuye a la existencia de osteoporosis. T4 normal y T3 baja por disminución de la conversión de T4 a T3, lo que condiciona bradicardia, intolerancia al frío, piel seca, presencia de lanugo, pelo ralo, hipercarotinemias. Cortisol elevado y con pérdida del patrón circadiano. Disminución de la secreción de norepinefrina. Somatomedina C baja. Secreción errática de vasopresina. Poliuria.

**Anorexia. Osteoporosis**

- Condicionada por estrógenos bajos, cortisol alto y una malnutrición calórica y mineral. No hay evidencia que el ejercicio regular o calcio en la dieta lleven a la recuperación completa si la amenorrea ha sido prolongada.

**Anorexia. Regulación de temperatura**

- Temperatura basal disminuida. Incapacidad para mantener la temperatura en presencia de frío o calor puede ser por defecto hipotalámico o por la pérdida grasa o por las alteraciones de la regulación vasomotora.

**Anorexia. Examen físico**

- Agradable pero poco comunicadora. A veces odiosa con sonrisa. Sabemos que nos oye pero que hará lo que le de la gana. Extremadamente delgada. Piel seca y con lanugo en mejillas, cuello, espalda, antebrazos y muslos. Hipotensión, bradicardia, hipertrofia parotídea. Palmas de manos y plantas de pies frías y amarillentas.

**Anorexia. Evaluación nutricional**

- Historia Nutricional. Antropometría: Peso, Talla, Pliegues, Circunferencia de Brazo
- Laboratorio General: Hematología, Electrolitos, Albúmina.
- Laboratorio Especial: Transferrina, Contaje Linfocitos, Pruebas cutáneas, Perfil Lipídico.

**Anorexia. Diagnóstico**

- Usando el Manual de la Academia Americana de Psiquiatría : "Diagnostic and Statistical Manual" (DSM III)1991. Los criterios para diagnóstico de ANOREXIA son:
- Rechazo marcado a mantener un peso normal,
- Pérdida de peso mayor a 15% del peso original o falla en alcanzar

el peso corporal esperado para la edad durante la época de su crecimiento (antes era 25%).

- Intenso temor de hacerse obeso que no disminuye a medida que desciende el peso.
- Trastorno en la percepción de la propia imagen corporal
- Amenorrea de por lo menos tres ciclos menstruales.
- Ausencia de otra enfermedad que explique la pérdida de peso (1980).

**Anorexia. Diagnóstico diferencial. Medicas**

- Enfermedad de Addison. Enfermedad inflamatoria intestinal. Hipertiroidismo. Hipopituitarismo. Tumores cerebrales y otros tumores.

**Anorexia. Diagnóstico diferencial. Psicológicas**

- Adición a drogas. Depresión primaria. Psicosis maniaco depresiva. Esquizofrenia. E. obsesivo-compulsiva.

**Anorexia. Tratamiento**

- Esta entre uno de los más insatisfactorios de la medicina clínica. Los anorécticos y sus familias tienden a negar la existencia de la enfermedad, especialmente su gravedad y evadir un tratamiento médico y psiquiátrico adecuado. Aún mas, con frecuencia generan reacciones negativas en el personal médico.
- Básico el iniciar la terapia nutricional. Apoyo psiquiátrico esencial.

**Anorexia. Tratamiento nutricional**

- Paciente coopera y la pérdida de peso está entre 75-80% ———> Tratamiento oral y ambulatorio.
- Paciente poco colaboradora o peso entre 62 y 75% —————> Tratamiento oral pero hospitalario.
- Paciente con peso <62% o con complicaciones medicas ———> Tratamiento hospitalario oral o parenteral según estado y cooperación.

**Anorexia. Tratamiento psiquiátrico**

- Se han usado diversas terapias. Psicoterapia individual, de grupo, familiar y terapia conductual.
- Los objetivos se basan en ayudar al paciente a recuperar el peso y la salud física, reducir los síntomas, aumentar la autoestima y favorecer el desarrollo psicosocial.

**Anorexia. Medicamentos:**

- Kennedy SH. Drugs 1991,41 (3):367-77
- Para anorexia no hay comprobación de la utilidad de ningún fármaco.
- Para Bulimia se ha comprobado eficacia de antidepresivos tipo Imipramina, Desipramina.
- Posiblemente beneficiosos Trazodone, Anfebutamone y Fluoxetine.
- Requieren mas estudio: Benzodiazepinas, Femfluramina y Ant. Opiáceos.
- Ciproheptadina como Antiserotonínico (A. Restrictivos).

**Manejo de la anorexia**

- Evaluar estado físico y riesgo de muerte.
- Indicaciones para hospitalización:
  - 1) Pérdida mayor de 30% del peso.
  - 2) Alteración metabólica grave (pulso:<40PPM, temp:<36°, TA SIST.:<70mmHg, K:<2.5 MEquiv/l, BUN:>30mg).

- 3) Depresión grave o riesgo inminente de suicidio.
- 4) Atracciones o purgas muy marcadas.
- 5) Psicosis. y
- 6) Crisis familiar.
- Ambulatoriamente el médico debe educar al paciente y sus familiares de la patología.
- Esta indicada en todo paciente una evaluación psiquiátrica y de forma ideal el paciente debe ser seguido en forma conjunta entre el médico y el psiquiatra y a veces otros profesionales (nutricionista)

**Anorexia. Pronóstico**

- La mortalidad asociada excluyendo el suicidio es de 9-10%. Con énfasis en la terapia nutricional y familiar, la mortalidad ha disminuido a 2-8%. Casi el 25 % pasan a situación de cronicidad.

**Bulimia**

- Descrita desde 1980 como entidad separada.
- Síndrome caracterizado por episodios secretos de atracones de comida (binge-eating) seguidos de vómitos auto-productos, ayunos, dietas estrictas, uso de laxantes o diuréticos o ejercicio excesivo.
- Incidencia 3 a 8 % de adolescentes.
- Los síntomas bulímicos pueden ser parte del cuadro de anorexia nerviosa.

**Bulimia. Historia natural**

- Edad de inicio entre 17 y 25 años. Tipicamente comienza en la adolescencia tardía después de varios intentos(dietas) para reducir peso con pocos resultados. Accidentalmente o a través de contactos familiares o amigas, aprenden que el vómito autoprovocado o el uso de laxantes puede ayudarle a controlar su peso. Reservan un momento del día y en secreto se dan atracones solitarios de comida, generalmente alta en carbohidratos (chocolates, dulces, galletas). Su preocupación por la comida y la preparación para el episodio ocupan todo el día, lo que afecta sus relaciones sociales y su trabajo. Después de comer se sienten como fuera de control, con sentimientos de culpa, vergüenza, y baja autoestima. El peso de ellas fluctúa pero nunca llegan a los extremos de la anorexia. Pero como la anoréctica tienen un propósito de mantener su peso por debajo de un límite preciso que ellas mismas se han determinado. A diferencia de la anoréctica, se preocupa de sus síntomas y desea buscar ayuda, pero con frecuencia no sabe cómo hacerlo. Tienen historia de otras conductas impulsivas, como uso de alcohol o drogas, y tienen características comunes con los adictos a éstas. Pueden gastar grandes cifras de dinero para mantener su hábito en secreto y a veces pueden robar pequeñas o grandes cantidades de dinero o de comida.

**Bulimia. Causas**

- Psicológicas: Adicción a la comida. Vulnerabilidad emocional.
- Disfunción Familiar.
- Sociales: Valor cultural de la delgadez.

**Bulimia. Causas neuroendocrinas**

- Alteraciones en los sistemas serotoninérgicos. Aparentemente tienen un menor nivel de serotonina cerebral que afectaría el mecanismo de saciedad y predispondría al paciente a la necesidad de comer y especialmente carbohidratos. Se han descrito también niveles altos de vasopresina.

**Bulimia. Clínica**

- Irregularidades menstruales 20%. Dilatación gástrica por los atracones. Vómitos repetidos, pueden producir: hipertrofia parotídea, erosión esmalte dental, esofagitis, Mallory-Weiss y ruptura esofágica y neumonías por aspiración. Hipopotasemia: por vómitos, laxantes y diuréticos.

**Bulimia. Examen físico**

- Peso: normal a variable. La clínica se basa en las manifestaciones secundarias a los vómitos autoinducidos y así se observan: Problemas de los dientes (erosión del esmalte), hipertrofia glándulas salivares, alteraciones en los nudillos de las manos. (S.de Russell), petequias en cara y hemorragias conjuntivales y dolor epigástrico.

**Bulimia. Laboratorio**

- El laboratorio muestra las alteraciones debidas al exceso de vómitos y al uso de diuréticos y/o laxantes: Alcalosis Hipoclorémica, hipopotasemia, orina alcalina, aumento de amilasas. Igualmente es conveniente realizar un ECG para D/C arritmias y una prueba de sangre oculta (D/C Enfermedad Inflamatoria Intestinal).

**Bulimia. Tratamiento**

- Similar al tratamiento de la adicción a drogas. Abstinencia de los episodios. Soporte o apoyo social. Prevención de las recaídas. Tratar la disfunción familiar. Consejos nutricionales y apoyo. Aunque las bulímicas están más motivadas a buscar ayuda, no son muy consecuentes con los tratamientos que no produzcan efectos inmediatos.
- Psicoterapia.
- Medicamentos: Ciproheptadina, Imipramina (EKG:PR Y QT), Fluoxetina.

**Bulimia. Diagnóstico (DSM III).1991**

- Usando el Manual de la Academia Americana de Psiquiatría : "Diagnostic and Statistical Manual" (DSM III)1991. Los criterios para diagnóstico de BULIMIA son:
- Episodios recurrentes de voracidad (atracones-Binge Eating).
- Sensación de incapacidad para controlar la conducta alimentaria anormal.
- Previene el aumento de peso a través de vómitos autoinducidos, uso de laxantes o diuréticos, dietas estrictas o ayunos o a través de ejercicios vigorosos.
- Un promedio de 2 episodios bulímicos por semana durante 3 meses.
- Obsesión persistente con su imagen y peso corporal.

**Diferencias entre la anorexia y bulimia**

	ANOREXIA	BULIMIA
- VOMITOS,USO DE	Poco común	Abuso diuret. y laxant.
- PERDIDA DE PESO	Marcada	Menor
- EDAD	Mas jóvenes	Mayores
- PERSONALIDAD	Introversa	Extroversa
	Obsesiva	Histionica
	Niegan	Pronunciada
- HAMBRE		
- CONDUCTA ALIMENTARIA	Normal	Compulsiva
- SEXUALMENTE	Inactiva	Activa
- MENSTRUACION	Amenorrea	Irregular
- MUERTE	Caquexia	Hipokalemia
	Suicidio	Suicidio