

COMPLICACIONES MÉDICAS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

MEDICAL COMPLICATIONS OF EATING DISORDERS

DR. GUILLERMO GABLER (1), DR. PABLO OLGUÍN (1), DR. ALEJANDRA RODRÍGUEZ (1)

(1) Clínica Alemana de Santiago, Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile.

Email: guillermocapitan@me.com

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria presentan una amplia variedad de complicaciones médicas que deben ser consideradas a la hora de la evaluación y que en caso de no ser detectadas precozmente pueden conducir a la muerte del paciente. En el caso de la anorexia nerviosa las complicaciones dependen del bajo peso y la desnutrición; en la bulimia, en cambio, del tipo de purga utilizado; y en el caso del trastorno por atracones se asocian a la obesidad principalmente. El propósito del presente artículo es revisar las principales complicaciones médicas de estas entidades clínicas.

Palabras clave: Trastornos alimentarios, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracones, complicaciones médicas, psiquiatría de enlace, medicina psicosomática.

SUMMARY

Eating disorders present a wide variety of medical complications that should be properly addressed. Neglecting them could even lead to patient death. In case of anorexia nervosa complications depend mostly on low weight and malnutrition, in bulimia on the type of "purge" used, and binge eating disorder they are associated mainly with obesity.

The purpose of this article is to review the main medical complications of these clinical entities.

Key words: Eating disorders, norexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, medical complications, consultation-liaison psychiatry, psychosomatic medicine.

INTRODUCCIÓN

A pesar de su baja prevalencia en la población general (1,2), los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un foco de especial de atención para los psiquiatras y el resto de las especialidades. Esto se explica por la población afectada, principalmente mujeres jóvenes (2), en quienes se observa una importante comorbilidad con otras patologías psiquiátricas (3,4), como también la presencia de un gran número de complicaciones somáticas. Esto no sólo genera un importante deterioro en la calidad de vida de este grupo de pacientes (5), sino que también una alta morbilidad. Hasta la aparición del DSM 5 se consideraban casi exclusivamente a la anorexia nerviosa y a la bulimia como las entidades relevantes a la hora de estudiar los trastornos de la alimentación. La inclusión del trastorno por atracones, como una entidad bien definida, refleja mejor la realidad clínica y amplía de manera importante el horizonte de estudio en el área (6-9). El objetivo general de este artículo es revisar las principales complicaciones médicas de los trastornos de la

conducta alimentaria. Los objetivos específicos son revisar las complicaciones de cada uno de los TCA.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión narrativa de la literatura, utilizando búsqueda de las bases de datos Pubmed, Scielo y Google Scholar, con las siguientes palabras: *Medical Complications, Eating Disorders, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder*, entre los años 2000 y mayo del 2017. Se encontró un total de 71 artículos, de los cuales se revisaron referencias para obtener artículos adicionales. Se excluyeron 5 artículos por presentar información redundante. No se realizó un metaanálisis.

ANOREXIA NERVIOSA (AN)

La pérdida de peso, la malnutrición y las conductas purgativas explican la amplia variedad de complicaciones médicas de la anorexia nerviosa. Estas pueden ser observadas en la mayoría de los órganos y sistemas (10) y explican más de la mitad de las muertes observadas en estos pacientes (11). Esto, además de la alta suicidabilidad (12,13) hace que se considere a la anorexia como la enfermedad psiquiátrica con mayor mortalidad, llegando a un 5.1 por 1000 personas por año (2,6). A pesar de la importancia de este último punto son pocos los estudios que examinan los predictores de mortalidad. En un metaanálisis publicado por Arcelus en 2011 (6), concluye que la edad tardía de presentación de la enfermedad y no el índice de masa corporal sería el mejor predictor de mortalidad. Otros predictores serían el abuso de alcohol y la presencia de comorbilidades psiquiátricas. Hay que destacar que estas complicaciones responden bien a un tratamiento oportuno, lo que depende en la mayoría de los casos de un diagnóstico precoz (14).

Piel

La piel sufre importantes cambios en la AN (15). Dichos cambios se han sistematizado en 4 grupos (16): Los causados por la inanición/malnutrición, los causados por la inducción de vómitos, los causados por la ingesta de fármacos y los causados por la patologías psiquiátricas asociadas.

En el primer grupo destacan:

- La alopecia de predominio frontal que se observa hasta en un 61% de los pacientes.
- La aparición de vello corporal tipo lanugo, especialmente en las pacientes más jóvenes tanto en el dorso, abdomen y antebrazos.
- La Xerosis (piel anormalmente seca) por la disminución de los lípidos de la superficie de la piel (sebo), que se presenta desde las primeras semanas de restricción alimentaria.

- La acrocianosis, generada por la vasoconstricción de las arterias de la piel y la venodilatación.
- Carotenoderma e hipercarotenemia, depósitos de caroteno debido a la mayor ingesta de vegetales ricos en caroteno.
- Acné y prurito que aumentan de severidad al disminuir el IMC.
- Estrías especialmente en hombres.
- Púrpura (aunque es poco frecuente).
- Acrodermatitis causada por deficiencia de zinc, biotina y ácidos grasos esenciales.

En los cambios causados por vómitos destaca principalmente el signo de Russell que se describe en la sección de bulimia.

En los cambios producidos por los fármacos podemos encontrar por ejemplo la fotosensibilidad secundaria a los diuréticos tiazídicos.

Entre los signos secundarios a la patología psiquiátrica concomitante, destacan las cicatrices producto de conductas automutilatorias en comorbilidad con trastorno límite de la personalidad.

Gastrointestinal

Las molestias gastrointestinales son tan diversas como frecuentes entre los pacientes con trastornos de la alimentación (17,18). Se ha llegado a plantear que los pacientes consultan antes por dispepsia que por el trastorno alimentario, lo que hace que los gastroenterólogos deban estar atentos al evaluar a población de riesgo (18). Salvioli (19) refiere que hasta un 96% de los pacientes presentan plenitud post prandial y un 90% distensión abdominal. Por su parte Wang (20) indica que dependiendo del instrumento utilizado, entre un 83% y un 94% de los pacientes cumpliría criterios de al menos un trastorno digestivo funcional, siendo el síndrome de distress postprandial el más frecuente, con un 45%, seguido por el síndrome de intestino irritable con 41%. En el caso de la anorexia nerviosa estas molestias son una de las causas del rechazo a la alimentación y permanecerían incluso luego de recuperado el peso. Su origen es poco claro, Santonicola (18) indica que la malnutrición y la miopatía metabólica resultante, además de las alteraciones electrolíticas producto de las purgas, podrían explicar, por ejemplo, la lentitud observada en el vaciamiento gástrico. Por otra parte, Abraham (21,22), propone que la presencia de una disfunción del piso pélvico (que dificultaría el paso de las deposiciones, pero que no necesariamente genera constipación) en este grupo de pacientes, sería la responsable de la sensación de distensión abdominal.

Una de las complicaciones más graves asociadas a la disminución de la motilidad y al retardo en el vaciamiento gástrico, es la dilatación gástrica aguda, la que se considera una urgencia

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8767501>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8767501>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)