

TRATAMIENTO DE TRASTORNOS COMÓRBIDOS EN BULIMIA NERVIOSA: INFLUENCIA DE UN ERROR DIAGNÓSTICO

Patricia Bolaños Ríos

pbr@tcasevilla.com

RESUMEN

Se presenta un caso de bulimia nerviosa purgativa, con un diagnóstico erróneamente asociado de enfermedad de Crohn, con la toma consecuente de corticoides durante un largo periodo de tiempo provocando un agravamiento del trastorno de la conducta alimentaria.

PALABRAS CLAVE

Bulimia nerviosa, enfermedad de Crohn, síndrome de intestino irritable, error diagnóstico.

INTRODUCCIÓN

A pesar de los avances en la práctica clínica, poco se sabe acerca de la corrección o prevención de los errores de diagnóstico¹, entendiéndose error como “equivocación que tiene consecuencias para el paciente”². Es un área poco estudiada dentro de la investigación para la seguridad del paciente³. La presencia de un detalle engañoso puede provocar que el médico realice un diagnóstico incorrecto, prescribiendo por tanto un tratamiento inadecuado para el paciente¹. Esto se confirma mediante la realización de un estudio en el que se encuesta a 51 médicos que atienden en medicina interna. Se solicitó el diagnóstico de 10 casos clínicos, cada uno de los cuales tenía incluido un detalle engañoso. Una vez realizados los distintos diagnósticos, el 90% de los casos fueron erróneos, lo que se redujo al 30% al eliminar el dato que inducía a la confusión. La precisión diagnóstica no mejoró en aquellos médicos alertados de la información potencialmente engañosa. Pedir a los médicos realizar un diagnóstico principal y luego formular diagnósticos alternativos tras la omisión de dicha información redujo significativamente la tasa de error de diagnóstico, siendo dicha reducción casi de un 50%. Por tanto, la revisión sistemática de las principales pistas de diagnóstico puede ayudar a reducir los errores de diagnóstico¹.

Aunque la prevalencia exacta de los errores de diagnóstico es desconocida, los datos de las autopsias estiman que los errores de diagnóstico ocurren en un 10-15% de los casos. Una cifra importante de errores de diagnóstico se ha detectado en un estudio reciente, en el que 310 médicos de 22 instituciones de Estados Unidos presentaron los informes de 669 casos, de los que 583 presentaban errores de diagnóstico. En dichos informes los médicos señalaban las causas percibidas, la gravedad y la frecuencia de dichos errores. Con respecto a la gravedad, 162 (28%) fueron clasificados como mayores, 241 (41%) como moderados y 180 (31%) como de menor importancia o insignificante. Las patologías a las que más se asociaron errores de diagnóstico que retrasan el diagnóstico real fueron: embolia pulmonar (26 casos [4.5% del total]), reacciones a drogas o sobredosis (26 casos [4.5% del total]), cáncer de pulmón (23 casos [3.9% del total]), cáncer colorrectal (19 casos [3.3% del total]), síndrome coronario agudo (18 casos [3.1%]) y accidentes cerebrovasculares (15 casos [2.6%]). Se observó que los errores más frecuentes se producían en la fase de pruebas (falta de organización, informe y seguimiento de los resultados de laboratorio) en el 44% de los casos, seguidos por los errores en la evaluación clínica (no considerar el diagnóstico) en un 32% de los casos, en la anamnesis en un 10% y por el retraso de las consultas en un 3%. Por tanto, los médicos deben compartir sus experiencias en cuanto a errores de diagnóstico, ya que el análisis sistemático de dichos errores mejora los conocimientos y la conciencia, logrando posibles estrategias de prevención³.

Una muestra de la falta de interés por disminuir los errores de diagnóstico se observa entre los radiólogos. Sólo el 20% de 301 radiólogos encuestados, que acudieron al encuentro anual de la Sociedad Radiológica de América del Norte celebrado en 2007, realizan un registro personal de errores. Por tanto, a pesar de la innegable importancia de aprender de los errores, muchos radiólogos no se dedican a esta práctica².

Se pueden producir errores de diagnóstico entre patologías digestivas tan diferentes como la enfermedad de Crohn y el síndrome del intestino irritable.

- a) Síndrome del intestino irritable⁴. En su fisiopatología intervienen alteraciones del intestino delgado y del colon. Desde el punto de vista clínico, se caracteriza por dolor abdominal, pesadez o distensión abdominal y alteración del ritmo intestinal (estreñimiento y/o diarrea).

Con respecto a las pautas dietéticas, deben prescribirse de forma individual. De forma general son recomendables las comidas poco copiosas, manteniendo horarios regulares, de forma frecuente y con un contenido bajo en grasa. Deben investigarse de forma individual las intolerancias alimentarias que pudiesen existir. En algunos casos (pacientes con déficit de lactasa) sería aconsejable la retirada de la leche y los alimentos ricos en lactosa.

Con objeto de evitar molestias digestivas, se debe evitar la ingesta de alimentos y bebidas con gas, así como las que contengan grandes cantidades de fructosa y sorbitol. Además hay que limitar la ingesta de bebidas alcohólicas y café.

En la actualidad se suelen utilizar suplementos de fibra vegetal, cuya eficacia es controvertida ya que no se han apreciado diferencias en los síntomas, parámetros de motilidad rectocolónica ni en el peso de las heces entre casos y controles. Además estos pacientes toman la misma fibra que las personas que no padecen el síndrome por lo que se está considerando el uso de dichos suplementos. Sin embargo, en pacientes que presentan estreñimiento como característica básica, se pueden aconsejar suplementos de fibra, preferentemente como salvado de trigo aumentando la cantidad de forma progresiva hasta alcanzar los 15-25 gramos/día, acompañando la ingesta con un volumen de agua elevado.

- b) Enfermedad de Crohn⁴. Es uno de los procesos comprendidos por la enfermedad inflamatoria intestinal. La mayoría de los pacientes se caracterizan por tener bajo peso. Factores dietéticos, genéticos, ambientales e infecciosos pueden intervenir en el desencadenamiento de la respuesta inmunitaria que conduce a la inflamación intestinal crónica. El aumento de la incidencia de este tipo de enfermedades en países industrializados se debe a la preparación de preparados artificiales para la lactancia o consumo de alimentos refinados.

La implicación de la dieta como desencadenante de la enfermedad inflamatoria intestinal no está demostrada, por lo que no se justifica el seguimiento de una dieta restrictiva.

Es importante el riesgo existente de malnutrición proteico-calórica y deficiencias en vitaminas y minerales, dada la disminución de la ingesta (falta de apetito o dietas restrictivas), deterioro de la capacidad de absorción por lesión en la mucosa o resección quirúrgica de intestino, pérdidas por diarrea o interacciones con medicamentos, entre otros. Las deficiencias más frecuentes son las de proteínas, energía, zinc, magnesio, selenio, vitaminas A, E, B₁, B₂, B₆, ácido fólico o niacina, entre otras, asociándose a otras manifestaciones molestas como la fatiga o la depresión.

CASO CLÍNICO

Paciente, mujer, atendida por primera vez en abril de 2003, fecha en la que tenía 19 años de edad. cursaba segundo curso de bachillerato de ciencias sociales.

A los 14-15 años fue diagnosticada de un trastorno de la conducta alimentaria, concretamente anorexia nerviosa purgativa, para el que comenzó tratamiento psiquiátrico, psicológico y endocrinológico. En el momento de la primera entrevista estaba siendo tratada por una psicóloga por dicho motivo. Acudió a la consulta acompañada por su madre. El núcleo familiar estaba formado por la madre de 60 años de edad, dos hermanas y la paciente. El padre falleció (cáncer de laringe) cuando la paciente tenía 16 meses.

Con referencia a los antecedentes familiares, ambas hermanas padecían alteraciones tiroideas, una hipotiroidismo y otra hipertiroidismo. El padre presentó obesidad, con síndrome metabólico.

Tras el diagnóstico de anorexia nerviosa purgativa, la paciente fue operada de apendicitis, tras lo que fue diagnosticada de enfermedad de Crohn, a los 17 años. Con respecto a otros antecedentes personales, padeció mononucleosis y le practicaron una amigdalectomía. Describe alergia al polvo, al olivo y a la gramínea. Padece asma.

Según explicó la paciente, con 13 años comenzó a seleccionar alimentos y a restringir la cantidad de su dieta habitual (dulces, pan, pasta, arroz, patatas y alimentos grasos), consiguiendo perder 12 kilos, aproximadamente, siendo el índice de masa corporal (IMC) máximo 21.8 aproximadamente y el mínimo 17.64 según recordaba. Con el objetivo de perder peso más rápidamente, comenzó a realizar ejercicio de forma compulsiva (abdominales y baile), sin ningún tipo de control.

Con 15-16 años además de la citada restricción alimentaria, comenzó a provocarse vómitos. Realizaba dos comidas al día: desayuno (muy poca cantidad) y almuerzo (adecuada cantidad, pero siempre seguido de vómitos). A los 17 años la paciente mostraba acrocianosis y, según ella refería, *se me marcaban los vasos capilares y tras una discusión con un familiar eso se me extendió a la parte de la cara, motivo por el que me llevaron a urgencias asustados...* Tras dicho episodio, comentaba que las conductas, antes mencionadas, fueron mejorando (*por el susto...*).

Sin embargo, durante el año anterior a la primera entrevista, la paciente siguió perdiendo peso hasta llegar a un IMC de 16.26, acclulado a partir del peso mínimo recordado por ella. En este momento seguía vomitando tras los almuerzos, practicaba ejercicio y aumentaba la restricción alimentaria. Durante dicho año utilizó además otros métodos compensatorios como laxantes, diuréticos y enemas.

Unos meses antes de acudir a la consulta comenzó a tener atracones y aumentó el número de vómitos, teniendo lugar ambos incluso en la calle (por ejemplo en el recreo del Instituto), todo lo cual duró, inicialmente, unos 2 meses. A pesar de desaparecer los atracones y los vómitos (sufrió un síndrome de Mallory Weiss), en el último mes previo a la entrevista (con un IMC de 22.84) continuaba la restricción y había aumentado el ejercicio. Sólo tomaba dos comidas al día, y si no iba al Instituto sólo una.

La paciente expresó en el momento de la primera entrevista bastante miedo a engordar, describiéndose como una persona obesa. Las partes de su cuerpo que más despreciaba en ese momento eran los glúteos y los muslos. Se miraba cada vez que podía en el espejo y los escaparates. Se compraba la ropa muy ajustada para poder verse un poco más delgada. La paciente otorgaba gran importancia al peso, llegándose a pesar 2-3 veces al día (en casa y en la calle).

En el momento de la evaluación, la paciente presentó un IMC de 22.04. Mantuvo amenorrea secundaria durante un año, tiempo tras el que siguió un tratamiento farmacológico que hizo que recuperara la menstruación de forma regular. Posteriormente volvió a padecer amenorrea secundaria durante tres meses. En el momento de la entrevista la menstruación era irregular.

La paciente intentaba hacer alguna comida con la madre, lo que implicaba comer más despacio y para ella, por tanto, engordar. Cuando ocurría esto, intentaba evitar otras comidas como técnica compensatoria. La madre le prestaba mucha atención y esto creaba en la paciente dos sentimientos contradictorios: enfado y necesidad de atención frente a la misma persona.

En el momento de la entrevista, estudiaba segundo curso de bachillerato, observándose una disminución del rendimiento académico con respecto al primer curso. Cuando estudiaba decía sentir hambre, que pasaba a convertirse en ansiedad manifestándose a través de algún ataque de asma, por lo que para evitar esta situación y los posibles atracones, no estudiaba. Con respecto al Instituto, se negaba a ir a clase, dado que creía que los compañeros se reirían de ella, ya que cuando era pequeña le llamaban “gorda”. Además, evitaba situaciones sociales por igual motivo.

En cuanto a posibles hábitos tóxicos descritos por la paciente, señaló que fumaba 1-1.5 paquetes de tabaco al día, no bebía alcohol y que consumió hachís el verano anterior a la primera entrevista.

Mencionó intentos repetidos de suicidio mediante ingesta de fármacos y autolesiones con cuchillas o cristales, provocados por la imagen que tenía de sí misma y por la culpa que sentía por hacer daño a los que la rodeaban, idea que el día de la entrevista seguía expresando. Manifestaba que dichas autolesiones ocurrían, sobre todo, cuando tenía ataques de ansiedad.

Por otra parte, la paciente se encontraba más irritable y susceptible. Sentía ganas de llorar (lo que hacía diariamente), desmotivación y apatía. Dormía muchas horas.

Era consciente de que sus conductas y actitudes no eran normales y mostraba disposición para el cambio.

Con el diagnóstico de bulimia nerviosa de tipo purgativo, según criterios DSM-IV, se inició el tratamiento en régimen ambulatorio incluyendo un abordaje farmacológico (Paroxetina, Lorazepam y Lormetazepam), psicoterapia de orientación cognitivo-conductual y consejo familiar. Además seguía en tratamiento con corticoides (en los “brotos”), por su enfermedad de Crohn.

Durante el tratamiento, el IMC de la paciente osciló entre 20.55 y 22.97, a lo largo de 2 años y 3 meses aproximadamente, momento en el que abandonó. Se mostraba inconstante con la toma de medicación y las diferentes pautas del tratamiento. La menstruación fue irregular durante todo el proceso, por lo que a finales de 2004 comenzó a tomar Diane 35. Durante su evolución eran frecuentes los episodios de sobreingesta, provocados en gran medida por el citado tratamiento con corticoides, seguidos de restricción y ejercicio cuando la paciente detectaba que aumentaba su peso.

Tras un año sin acudir a tratamiento, regresó en 2006, describiendo altos niveles de ansiedad, coincidiendo con un aumento de peso (IMC de 25.41), llegando a alcanzar un IMC de 27,3 en 2008. Para intentar detectar una posible causa del aumento de peso se solicitó una curva de glucemia y análisis de las hormonas tiroideas siendo todos los resultados normales. Se concluyó que el aumento de peso era debido a sus malos hábitos alimentarios (no desayunar, cenar cereales, escaso consumo de verduras y frutas, comidas en la calle, consumo de alcohol...) y a una actividad diaria, ahora, excesivamente sedentaria.

Con respecto a la enfermedad de Crohn, ésta había sido diagnosticada en 2001. Tras varios meses con dolor abdominal fue intervenida (laparotomía exploratoria), extirpándose apéndice, detectándose durante la cirugía una apendicitis. En el postoperatorio se detectó, por ecografía, un plastrón en fosa iliaca derecha. Se realizó colonoscopia evidenciándose una mucosa hiperémica en ciego y una imagen granular en íleon terminal, siendo etiquetada de posible enfermedad inflamatoria intestinal (con biopsia negativa). En gastroscopia se detectó gastritis crónica superficial. En un estudio por cápsula se detectaron lesiones aftoides en yeyuno y tramos finales de íleon. Se indicó medicación en pauta descendente en septiembre de 2001, observándose leve mejoría clínica pero sin permanecer asintomática. Desde entonces hasta marzo de 2004 siguió varios ciclos de tratamiento con Dacortin (dosis máximas de 30 mg). El tiempo máximo que permaneció sin tomar corticoides fueron 1-2 meses (tratamiento que impidió en gran medida una correcta evolución del trastorno de la conducta alimentaria). Durante todo este tiempo no llegó a estar asintomática. En marzo de 2004 acudió a otro especialista que indicó tránsito gastrointestinal y ecografía abdominal, pruebas que resultaron normales, considerando el cuadro sugestivo de síndrome de intestino irritable.

Ante el desconcierto con el nuevo diagnóstico, acudió, junto con su familia, para obtener un diagnóstico definitivo (tercera opinión), a la Clínica Universitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra en abril de 2004. En ese momento, la paciente refirió dolor en fosa ilíaca derecha, de presentación diaria, que mejoraba con la deposición o con la expulsión de gases. Tenía febrícula frecuente, así como náuseas sin vómitos. Aquejaba estreñimiento con una deposición semanal, acentuado en los dos meses anteriores, con presencia de moco en la deposición y ocasional rectorragia que fue atribuida a hemorroides. Suspendió el tratamiento con corticoides en marzo de 2004. Refería artralgias erráticas en rodillas y muñecas, episodios de pérdida momentánea de fuerzas en las manos, aftas orales frecuentes, ausencia de clínica cutánea, dolor epigástrico tras la ingesta y astenia intensa. Todo ello con un peso estable.

Presentó un aceptable control del cuadro bulímico. En el momento de la evaluación en dicha Clínica su IMC era de 22.68. Presentaba buen estado general y buena coloración de piel y mucosas. Tras la realización de analítica completa, radiografía de abdomen vacío decúbiteo y ortostático, TAC de abdomen, colonoscopia, gastroscopia, informe anatomopatológico e informe de ginecología se descartó la existencia de enfermedad de Crohn manteniéndose el diagnóstico previo de síndrome de intestino irritable. El tratamiento indicado consistió en “mantener un estilo de vida saludable, llevando a cabo una dieta sencilla y variada, evitando excitantes, picantes y comidas muy condimentadas o grasas”..

CONCLUSIONES

- Los errores de diagnóstico ocurren en un 10-15% de los casos aproximadamente³, dato de especial relevancia dadas las consecuencias que este hecho puede ocasionar al paciente, sobre todo con respecto al tratamiento, generalmente muy distinto entre diferentes patologías.

- Las patologías digestivas asociadas a un trastorno de la conducta alimentaria constituyen un factor que agrava dicho trastorno. En el caso de la enfermedad de Crohn en un paciente con bulimia, el tratamiento con corticoides puede implicar una mayor frecuencia de episodios de sobreingesta dado el aumento de apetito que éstos pueden producir. Como consecuencias de dichos episodios los pacientes aumentan el número de conductas compensatorias utilizadas para impedir la ganancia de peso.

- Es de vital importancia que los médicos compartan sus experiencias en cuanto a los errores producidos en el diagnóstico, así como la realización de pruebas que confirmen el diagnóstico definitivo, consiguiendo una disminución en el número de errores y garantizando, por tanto, la seguridad del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arzy S, Brezis M, Khoury S, Simon SR, Ben-Hur T. Misleading one detail: a preventable mode of diagnostic error? *J Eval Clin Pract* 2009; 15(5):804-06.
2. Mankad K, Hoey ET, Jones JB, Tirukonda P, Smith JT. Radiology errors: are we learning from our mistakes? *Clin Radiol* 2009;64(10):988-93.
3. Schiff GD, Hasan O, Kim S, Abrams R, Cosby K, Lambert BL, et al. Diagnostic error in medicine: analysis of 583 physician-reported errors. *Arch Intern Med* 2009 9;169(20): 1881-87.
4. Requejo AM, Ortega RM. *Nutriguía: manual de nutrición clínica en atención primaria*. Madrid: Editorial Complutense;2000. p. 98-100.