

## No hay dos sin tres

de Usabel Guzmán, P.; Mota Rodríguez, M.J.; Veiga Ramos, I.;  
Martínez Gómez, P.; Pérez Pérez, J.

Unidad de Salud Mental "Concepción Arenal" Santiago de Compostela (La Coruña)

### Introducción

*Neumotórax espontáneo y rasgos de personalidad:* Fava y Sonino teorizan sobre la importancia de la vulnerabilidad genética, los acontecimientos vitales, la personalidad, las conductas, las actitudes de salud y la relación que tienen estas variables con la activación del sistema neuroendocrino e inmunológico como responsables directos de somatizaciones. En afecciones respiratorias como el asma bronquial, se ha comprobado la relación de dicha enfermedad con aspectos psicológicos como la ansiedad, y a mayor grado de ansiedad menor funcionamiento respiratorio.

En cardiología sobresalen las investigaciones de Friedman y Rosenman realizadas desde la década de los cincuenta, en las que detectaron un estilo de funcionamiento común en gran parte de sus pacientes afectados de cardiopatía. A este estilo de funcionamiento se le denominó Patrón de Conducta Tipo A (PCTA) y está comprobada su relación con la propensión a sufrir enfermedades cardiovasculares.

El neumotórax espontáneo es la acumulación de aire en el espacio pleural causado por la rotura de la pleura visceral del pulmón correspondiente sin la existencia de traumatismo o iatrogenia. Los pacientes del grupo neumotórax con puntuaciones más elevadas en neuroticismo, dimensión de la personalidad caracterizada por un estilo de pensamiento rumiador y preocupado, puntuaron más elevado en ansiedad y en afección afectiva.

La elevada prevalencia de Patrón de Conducta Tipo A (PCTA) en los pacientes con neumotórax espontáneo podría explicar las peculiaridades de funcionamiento que detectaron los cirujanos torácicos. El PCTA destaca por unos rasgos

caracteriales tales como la urgencia, impaciencia, necesidad de control, cierta desconfianza e implicación emocional, al que, por otra parte, se considera responsable de una amplia gama de enfermedades.

Como conclusión esto podría hacernos pensar una cierta relación entre el PCTA y la aparición de neumotórax espontáneo

### Descripción del caso clínico

Mujer de 54 años, casada. Reside con su marido y sus dos hijos de 22 y 23 años de edad, tras el fallecimiento hace cuatro meses de su madre. Actualmente en situación de baja laboral tras someterse a intervención quirúrgica en mano derecha, trabajaba como personal de la limpieza en organismo público.

### Antecedentes personales somáticos

Sin alergias medicamentosas conocidas. Hipertensión arterial a tratamiento con hidroclorotiazida valsartán. Hipercolesterolemia a tratamiento dietético y estatinas. Cirugía renal por litiasis ureteral distal izquierda que producía moderada ureteroectasia y caliectasia. Dos cesáreas. Espondilosis lumbosacra sin mielopatía a tratamiento rehabilitador con técnicas de algia vertebrales, mesoterapia superficial, ultrasonidos, sonoforesis y corrientes alternas analgésicas. Rinitis persistente leve y posible hiperreactividad bronquial. Descartada sensibilidad a inhalantes. Artropatía degenerativa en manos, con nódulos de Heberden y Bouchard bilaterales. Artropatía degenerativa en pies. Neurinoma de Morton a nivel del espacio interdigital del segundo y tercer dedo izquierdo. Cirugía con destechamiento

túnel carpiano y artrodesis interfalángica distal de la mano derecha (Noviembre de 2009). No refiere hábitos tóxicos.

### Antecedentes familiares psiquiátricos

Familiar de primer grado a tratamiento con trastorno adaptativo ansioso depresivo. No refiere otros antecedentes.

### Enfermedad actual

Nacida de parto domiciliario, a término, eutócico, con peso y talla normal. Sin alteraciones en el desarrollo psicomotor. Menarquía a la edad de 12 años. Sin problemas en la socialización destacando un carácter extrovertido que facilita una buena interrelación social. Es la segunda de cinco hermanos, la única mujer. Inició su periodo de escolarización a los seis años hasta los 16 años cuando empezó su vida laboral como trabajadora en una fábrica de confección donde estuvo durante 23 años. Contrajo matrimonio a los 31 años tras cinco años de noviazgo, no refiere problemática de pareja.

Los rasgos caracteriales que definen a la paciente se centran en temperamento ansioso desde la infancia que se ve recrudecido ante acontecimientos vitales estresantes, simpleza de pensamiento con tendencia a la elaboración de ideación recurrente entorno a sucesos nimios, excesiva implicación emocional, somatizaciones e inestabilidad afectiva con irritabilidad marcada injustificada.

A los 18 años, un hermano menor de la paciente enfermó de leucemia falleciendo poco tiempo después. Fue entonces cuando la paciente inicia el primer contacto con dispositivo psiquiátrico privado del que no disponemos de datos certeros aunque sí nos consta, por información aportada por la paciente, prescripción de tratamiento psicofarmacológico (ansiolíticos y antidepresivo) manteniendo cumplimiento terapéutico durante dos años.

Cuando la paciente contaba con 22 años fallece su padre por proceso oncológico de rápida evolución, lo que reagudiza de nuevo su patología de base aunque no precisó tratamiento.

En octubre de 1993, con 37 años, sufre el primer neumotórax espontáneo en lóbulo superior izquierdo requiriendo cirugía abierta. Tras el alta hospitalaria abandona *motu proprio* su trabajo en la fábrica de confección: “Era alérgica al polvo que soltaban las telas” (aunque las baterías de pruebas de sensibilización cutáneas realizadas posteriormente lo descartan). Todo esto origina un cese en la actividad laboral que dura cuatro años. Es en esa época cuando comienzan los episodios recurrentes de ingesta voraz de gran cantidad de alimentos ricos en hidratos de carbono en cortos periodos de tiempo, que contenían casi todos ellos derivados teobromínicos. “Notaba una ansiedad”, “no era hambre”, “pero yo empezaba a comer cacao”, “un bote de cacao normal de 800 gramos me duraba 3 días”, “otras veces me ponía media tableta de chocolate, ponía encima la leche caliente, y echaba más cacao encima, como tres o cuatro cucharaditas”, “...lo hacía una o dos veces todos los días” “...incluso tengo tomada Nocilla con pan después...”, “yo me quedaba hinchada”, “yo decía, tengo ansiedad, me la calma el chocolate”. Estos episodios se acompañaban de sensación de falta de control. Sin embargo, no existían mecanismos compensatorios para evitar la ganancia de peso, puesto que la paciente, seguía haciendo una dieta normo-hipercalórica en el resto de las comidas. Durante este tiempo presentó una ganancia ponderal importante (más de quince kilogramos de peso).

Se incorporó al mercado laboral donde trabaja como limpiadora en la universidad en turno de tarde. Las conductas anteriormente descritas, fueron alertadas por su propia familia, y por sus compañeras de trabajo quienes avisaban a la paciente de su problemática en la ingesta de alimentos con alto contenido en cacao. “Por la tarde, en el trabajo, cogía palmeritas con chocola-

te y chokolatinas en las máquinas expendedoras”, “mis compañeras me llamaban la atención”.

En enero de 2001 se produce el segundo neumotórax espontáneo derecho. Tras la operación presenta ánimo hipotímico, rumiaciones hipocondríacas y cuadro de insomnio pertinaz que requieren la prescripción por parte de su médico de familia de sertralina 50 mg/día y loprazolam 1 mg. “Pensé, yo tengo algo”, “me dijeron que era raro que me repitiera”.

Durante este tiempo se registran varias asistencias a urgencias por dolor torácico: “me dio por obsesionarme que me había repetido y eran los nervios”.

En octubre de 2007 se produce un nuevo ingreso programado por neumotórax recidivante izquierdo: se realiza toracostomía cerrada y colocación del drenaje en cavidad pleural izquierda, lográndose la re-expansión pulmonar.

Dada la persistencia de clínica fue derivada a su Unidad de Salud Mental de zona en abril de 2008 donde le añade tratamiento ansiolítico con clonazepam 0,5 mg/día siendo diagnosticada de **síndrome ansioso depresivo**.

Evolución favorable durante esos meses hasta que en agosto de 2009 su madre sufre un accidente cerebrovascular con fallecimiento en noviembre de 2009 y se produce un nuevo recrudecimiento de la clínica ansiosa.

En febrero de 2010 por reestructuración del área sanitaria es derivada a nuestro dispositivo especializado reflejándose en la **exploración psicopatológica** lo siguiente: paciente vigil, orientada auto y alopsíquicamente, colaboradora. Aspecto cuidado. Obesidad exógena. Edad aparente mayor a la cronológica. Sin alteraciones mnésicas evidenciables. Normoproséxica. Intranquilidad psicomotriz. Eutímica. Ansiedad moderada. Taquilálica. Sin fuga de ideas. Discurso circunstancial centrado en su preocupación en la ingesta de excesivas cantidades de derivados teobromínicos. Quejas hipocondríacas. Sentimientos de pérdida de control. Rumiaciones obsesivoides

con sentimientos de culpa ocasionales en relación a cuidado materno. No ideación delirante ni alteraciones sensoperceptivas. No ideas de muerte ni intención autolítica. Avidez por dulce, harinas y cacao con aumento de 20 Kg de peso en tres años (incremento de más de 35 Kg de su peso basal). Insomnio global parcialmente corregido farmacológicamente. Conciencia de trastorno y de necesidad de tratamiento.

### Pruebas complementarias:

Analítica: Hematimetría y Bioquímica: Sin alteraciones significativas. TSH: 1,79 mUI/L (0,35-5,50).

Exploración física: Tensión arterial: Peso: 95´5 Kg. Talla 1´60 m. IMC: 37 (obesidad grado II). Perímetro abdominal: 116 cm.

**Juicio diagnóstico:** Trastorno mixto ansioso depresivo (CIE-10: F41.2). Rasgos ansiosos, anancásticos e hipocondríacos de la personalidad. Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación (CIE-10: F50.9).

### Tratamiento

**Modificaciones dietéticas:** los cambios dietéticos serán graduales. Se recomienda una alimentación hipocalórica equilibrada y variada, repartida en cinco comidas al día, con una ingesta abundante de líquidos y fibra. La composición de esta dieta saludable consta de: carbohidratos 55% del total de calorías, grasas 30% del total de calorías y proteínas 15% del total de calorías. Actividad física: potenciación de la actividad física cotidiana. Apoyo psicológico y modificaciones conductuales

**Farmacológico:** En sucesivas revisiones en nuestro dispositivo se ajusta el tratamiento farmacológico aumentando la dosis de antidepresivo y ansiolítico e introduciendo topiramato en dosis ascendente siendo el tratamiento actual el siguiente: Sertralina 100 mg: 1-0-0, clonazepam 0,5 mg: 1/2-1/2-1, loprazolam 1 mg si insomnio, topiramato 100 mg-0-100 mg.

### Discusión

#### *Los trastorno por atracones y categorización diagnóstica:*

La existencia de atracones en pacientes obesos fue identificado por primera vez por Stunkard en 1959 como un patrón distintivo de esta población. Describió episódicos consumos de grandes cantidades de comida seguidos de sentimientos de culpa, malestar e intentos para hacer dieta, todo ello sin conductas compensatorias (vómitos, laxantes, diuréticos, ejercicio físico). Previamente, Hamburger en 1951 había descrito un tipo de hiperfagia en obesos caracterizada por un deseo compulsivo por la comida (caramelos, helados y otros dulces) que eran con frecuencia incontrolables. En 1970, Korhaber definió el *stuffing syndrome* como una entidad en obesos caracterizada por tres síntomas: hiperfagia, malestar emocional y depresión. La existencia de atracones en la obesidad se ha relacionado con diferentes aspectos clínicos como pueden ser: grado de adiposidad, hallazgos psicopatológicos y poca respuesta al tratamiento.

En 1980, en el DSM-III, estos individuos se clasificaban dentro de los trastornos de la alimentación no especificados en otra parte. Esta clasificación se mantuvo en el DSM-III-R. En el DSM-IV (1994) se hace referencia más específica al trastorno, y aparece por primera vez el nombre de «trastorno por atracones de alimentación», que aún se mantiene dentro de la misma clasificación.

Dicho trastorno es definido como:

1. Episodios repetitivos de sobreingesta compulsiva (atracones).

Un atracón se caracteriza por:

- a. Comer durante un periodo de tiempo (por ejemplo, durante dos horas) una cantidad de comida que es superior a la que la mayoría de gente comería durante un periodo de tiempo similar y en circunstancias parecidas.
- b. Sentimiento de falta de control sobre la ingesta durante el episodio de atracón (por

ejemplo, sentir que no eres capaz de parar de comer o de controlar la cantidad que estás comiendo).

2. Los atracones se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:
  - a. Ingesta mucho más rápida de lo normal.
  - b. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
  - c. Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.
  - d. Comer a solas para esconder su voracidad.
  - e. Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón.
3. Profundo malestar al recordar los atracones.
4. Una media de 2 episodios semanales de ingesta voraz durante un mínimo de 6 meses.
5. El atracón no se asocia a conductas compensatorias inadecuadas (p.ej., purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa.

En el DSM-IV TR los trastornos de la conducta alimenticia se clasifican como anorexia, bulimia y trastornos de la conducta alimenticia no clasificados en otra parte, entre los que se cuentan los síndromes incompletos de anorexia o bulimia y el trastorno por atracones. En la actualidad este síndrome según la página web de la Asociación Americana de Psiquiatría se incluirá como entidad independiente de la anorexia o bulimia nerviosa en el próximo manual diagnóstico previsto para el año 2013 (DSM-V).

### Bibliografía

1. Trastorno por atracones: ¿entre los trastornos de la conducta alimenticia y la obesidad? Una mirada cognoscitiva comportamental. Gempeler Rueda J. Rev. colomb. psiquiatr. vol.34 no.2 Bogotá Apr./June 2005.
2. Aspectos clínicos del trastorno por atracón "binge eating disorder". Guisado J.A, Vaz F.J, Rev. Asoc.

- Esp. Neuropsiq. n.77 Madrid ene.-mar. 2001.
3. Trastorno por atracón y obesidad. Sanchez Planell L, Fernández Valdés R. Form Contin Nutr Obes 2002;5(6):314-24.
  4. Décima revisión de la Clasificación internacional de las enfermedades. Capítulo V. Trastornos mentales y del comportamiento.
  5. DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association. Masson 2003.
  6. DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association. Masson. 1996.
  7. [www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=26](http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=26)
  8. Estudio de personalidad de los pacientes con neumotórax espontáneo. Martín Martín M. J et al. Archivos de Bronconeumología. Vol. 37, núm.10, 2001.