

**TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN
CON INTOLERANCIAS Y ALERGIAS ALIMENTARIAS**

**EATING DISORDERS ASSOCIATED WITH FOOD INTOLERANCES
AND ALLERGIES**

Irene Díez Macías¹

M. Milagros Beuzón Neva¹

**¹Curso de especialización Evaluación y Tratamiento Dietético-Nutricional
en los Trastornos de la Conducta Alimentaria por la Universidad Pablo de
Olavide (Sevilla)**

Correspondencia: Irene Díez Macías, idiezmacías@gmail.com

Universidad Pablo de Olavide

Carretera Utrera km 1, CP: 41013, Sevilla

RESUMEN

El padecer una alergia o intolerancia alimentaria resulta ser un agravante severo cuando se padece un TCA. El diagnóstico de estas alergias o intolerancias muchas veces es complicado, ya que mucha de su sintomatología es muy similar a la que puede padecer cualquier persona con un TCA que no las padezca. Esta revisión engloba la información más relevante sobre este tema, tratando en concreto las intolerancias más comunes como son la enfermedad celiaca y la intolerancia a la lactosa para finalmente explicar las principales consecuencias cuando se padece anorexia junto a una patología que obligue a restringir de algún modo la alimentación.

Palabras clave: alergia, intolerancia, anorexia, TCA, celiaquía, lactosa.

ABSTRACT

Food intolerances or allergies are a major aggravating when it is suffering an eating disorder. The diagnosis of intolerances or allergies food is not simple, as many of its symptoms are very similar to what anyone can suffer an eating disorder. This review covers the most relevant information about this subject, focusing on the most common intolerances and allergies such as celiac disease and lactose intolerance. Aim is to explain the main consequences when anorexia is suffering with a pathology that requires restring dietary habits.

Key words: allergy, intolerance, anorexia, eating disorders, celiac disease, lactose.

INTRODUCCIÓN

Las alergias e intolerancias alimentarias están en alza. Con el tiempo se escuchan más casos de personas con algún tipo de alergia o intolerancia, y el padecerlos hoy en día está cada vez más normalizado. Según AECOSAN, entre las alergias e intolerancias más prevalentes encontramos: la alergia al huevo (56% de los alérgicos) y a los lácteos (36% de los alérgicos) en niños, la alergia a la fruta (70% de los alérgicos) en adultos, la enfermedad celíaca y la intolerancia a la lactosa.

Las patologías englobadas en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) tienen como principal condicionante el aspecto psicológico que todas ellas presentan. Por otro lado, también cabe destacar las consecuencias físicas y fisiológicas que estas conllevan: reducción de peso, molestias gastrointestinales, desequilibrio de los mecanismos de control de la ingesta, etc.(1,2).

En relación con los síntomas físicos y fisiológicos, principalmente, podemos encontrar un cuadro clínico muy parecido a los que se dan en aquellas personas que padecen algún tipo de intolerancia o incluso alergias alimentarias, sobre todo las molestias gastrointestinales y reducción de peso (3). En el caso de las intolerancias y las alergias alimentarias, las personas que las padecen, también tienden a desarrollar alteraciones psicológicas debido a la ansiedad y el malestar que conlleva la dificultad de convivir con una serie de pautas, límites y vigilancia constante en el aspecto alimentario (4).

Con esta visión de ambos grupos de patologías en el ámbito clínico, es muy difícil conocer la etiología concreta de ambas, puesto que cursan con

síntomas y signos similares. Así surge la necesidad de conseguir diferenciar cuál es la causa primaria de estos síntomas, o bien el proceso de intolerancia o alergia o la alteración psicológica, para así poder desarrollar un tratamiento adecuado a cada situación.

Son pocos los estudios que existen relacionando estas patologías, pero en los encontrados se da generalmente la misma visión y se buscan básicamente los mismos objetivos. Estos son principalmente conseguir conocer cual de las dos alteraciones se da primero, y si el hecho de presentar alguna de las dos aumenta las probabilidades de padecer la otra.

MÉTODO

La búsqueda de los artículos con los que se trabajará en esta revisión se ha realizado a través de PubMed, Medline, Scielo, Athenea y Google Scholar. El conjunto de artículos y referencias encontradas ha sido bastante reducido debido a la falta de estudios que relacionen ambas alteraciones.

Los artículos que han sido incluidos en la revisión han sido aquellos en los que se han llevado a cabo estudios relevantes y cuya metodología y selección de muestra podría dar resultados considerados como evidencias científicas importantes. También se ha decidido incluir documentos de tratados en los que se explicaran los procesos que se dan en las patologías con las que se va a tratar para un mayor conocimiento de ellos.

La exclusión de los artículos ha sido mayor de la esperada debido al no cumplimiento de los requisitos antes mencionados para su inclusión, puesto que en su mayoría estos artículos no llegan a dar resultados significativos, bien por la falta de sujetos escogidos o por la dificultad que conlleva cualquier tipo de

estudio en pacientes que sufren algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria. Además alguno de estos artículos excluidos eran estudios basados en casos concretos, por lo que no dan resultados concluyentes. Al final nos encontramos con una exclusión de aproximadamente 25 artículos.

RESULTADOS

Los resultados serán expuestos de forma individual para posteriormente relacionarlos.

Uno de los estudios incluidos en esta revisión se trata de un estudio de casos (pacientes con enfermedad celiaca) y controles (sujetos sanos), en el cual se intenta estudiar si la prevalencia en los enfermos adultos de celiaquía de sufrir algún trastorno de la conducta alimentaria es mayor que en la población general. Para ello toman una muestra de 100 sujetos con enfermedad celiaca sin tratamiento y otros tantos sin esta patología. Se les realizan a ambos grupos una entrevista dietética y diferentes estudios sobre conductas alimentarias y aspectos psicológicos (EPIC, Binge Eating Staircases, EAT-26, EDI-2, M-SDS, STAY-1, STAY-2, SLC-90). Como resultado nos muestran que la probabilidad de sufrir algún tipo de desorden alimentario en el caso de los pacientes con enfermedad celiaca sin tratar es mayor que en los sujetos que no presentan la patología. También se observa que la ingesta de carbohidratos en los pacientes que sufren la enfermedad celíaca es mayor que en el caso de los sanos, antes del diagnóstico de la patología, por lo que podría estar relacionado con los procesos de molestias gastrointestinales y que estas conlleven a la alteración en los hábitos dietéticos. Como resultado general concluyen con una mayor prevalencia de algún tipo de TCA en las mujeres pacientes con enfermedad

celíaca que en los hombres y los individuos del grupo control (5). En relación con este artículo encontramos otro que afirma que en una proporción significativa de los casos (10-15%) la enfermedad celiaca se puede asociar con el sistema nervioso central o periférico causando desórdenes psiquiátricos (6).

Otro estudio tenido en cuenta plantea la necesidad de implantar un programa de screening para la enfermedad celíaca en pacientes diagnosticados con anorexia nerviosa. Para ello realizan pruebas séricas y, en el caso de ser positiva, con la realización de una biopsia, para diagnosticar la enfermedad celíaca a todos los pacientes de anorexia (177, dónde 144 eran mujeres) durante 5 años (2005-2010). Finalmente se obtiene como resultado una prevalencia de 0,6% de enfermedad celíaca en sujetos tratados por anorexia, la misma que en la población general, aunque sí se observó una mayor prevalencia de síntomas digestivos en este colectivo (7).

Para continuar con el tema relacionado con celiaquía encontramos un artículo que hasta el momento es el único en el cual se ha llevado a cabo un estudio con una intervención nutricional. Este estudio se basó en tomar a pacientes con diagnóstico de un trastorno de la conducta alimentaria y realizarle pruebas para comprobar si tenían enfermedad celíaca antes y después de una intervención nutricional. Se toman a 154 adolescentes (16,5 - 19 años). La intervención nutricional incluía el consumo de alimentos con gluten, al igual que antes de la intervención. Los resultados muestran pruebas negativas de enfermedad celíaca en todos los sujetos tanto antes como después de la intervención nutricional. Un 88,5 % consiguen establecer un peso normal después de la intervención nutricional, y el resto, 11,5%, llegan a desarrollar obesidad (8).

Con respecto a la intolerancia a la lactosa no encontramos gran información. Contamos con un caso clínico de una mujer de 39 años con anorexia e intolerancia a la lactosa, pero al ser un estudio de un caso en concreto no consideramos oportuno su inclusión en la revisión. Aun así, si nos pareció bastante interesante la discusión de dicho artículo donde se explica que la intolerancia a la lactosa en una persona con un TCA retrasa su recuperación ya que es necesaria la restricción de alimentos de gran valor nutricional como son la leche y derivados lácteos, además de todos aquéllos que contengan lactosa. Por otra parte, el diagnóstico de una intolerancia puede servir como “excusa” al paciente para continuar llevando a cabo conductas restrictivas y evitando alimentos por temor a ganar peso, justificado con “las molestias digestivas causadas por la intolerancia a la lactosa”. Es importante saber que en TCA hay síntomas muy parecidos, como hemos dicho anteriormente, que pueden llevar al diagnóstico erróneo de una supuesta intolerancia (9)

Atendiendo a estudios relacionados con alergias alimentarias en general, se ha tenido en cuenta un artículo que muestra el estudio en adolescentes (10-16 años) que presentan algún tipo de alergia alimentaria, que intenta comprobar si existen psicopatologías asociadas a estas alergias. El estudio es longitudinal prospectivo con una muestra de 1420 sujetos, con las características antes mencionadas, a los cuales se les realizan distintas entrevistas para comprobar su estado psicológico. Los resultados muestran que estos sujetos presentaban una gran cantidad de síntomas relacionados con cuadros de ansiedad generalizada, hiperactividad, déficit de atención e incluso anorexia nerviosa. Concluyendo la suposición de que estos resultados podrían estar producidos por la

necesidad de una vigilancia bastante importante sobre su alimentación debido a la patología que presentan (10).

DISCUSIÓN

Para tratar la discusión se ha diferenciado entre las distintas alergias e intolerancias, además de una pequeña exposición de las consecuencias de padecerlas junto a anorexia nerviosa.

Celiaquía

Cuando hablamos de enfermedad celiaca encontramos diferentes posturas. Los primeros 2 artículos que tratan el tema afirman que existe relación entre la enfermedad celiaca y los TCA, encontrando mayor prevalencia de algún tipo de TCA entre los enfermos celíacos que en la población en general.

Por el contrario, tenemos otros que en sus resultados no encuentran diferencias con la población en general o que simplemente ni siquiera cuentan con ningún celíaco en su estudio.

Estas diferencias entre los distintos estudios pueden deberse a múltiples factores:

- Para empezar en el primer estudio se cuenta con pacientes celíacos y no celíacos, pero que no padecen ningún TCA (5), mientras que en los que defienden la postura contraria se trabaja con pacientes con anorexia nerviosa (7) o con algún tipo de TCA (8), lo que hace más difícil poder ver esta asociación.

- Por otro lado, en el estudio que se trabaja con personas celiacas (5) sólo se habla de predisposición, mientras que en los otros son personas ya enfermas (7 y 8).

- La metodología es totalmente diferente entre los estudios: en el primero (5) se emplean cuestionarios y una entrevista dietética, el segundo (7) realiza pruebas séricas y biopsias durante 5 años, y el tercero (8) realiza una intervención nutricional.

Las muestras son, en todos los casos, demasiado pequeñas para ser representativas realmente, aunque trabajar con este tipo de poblaciones es complicado, por suerte o por desgracia, dada la poca cantidad de personas que padecen alguna de estas patologías. Puede ser que todos tengan su parte de razón, y que la población celiaca esté más predispuesta pero, al final, los enfermos de TCA tengan una proporción de celíacos igual que la de la población general.

Entre los síntomas principales de padecer enfermedad celiaca encontramos: dolor abdominal, distensión, gases o indigestión aumentados, estreñimiento, disminución del apetito, náuseas y vómitos, así como pérdida de peso.

Muchos de estos síntomas son comunes con la anorexia nerviosa, de forma que estarán aumentadas en algunos casos. Todas ellas pueden interferir en que el paciente vuelva a comer con normalidad, siendo así un obstáculo en su recuperación. Por otro lado, las náuseas, vómitos y pérdida de peso interfieren con la recuperación de peso que el paciente necesita, aunque esté llevando a cabo correctamente su tratamiento. Por último, estos síntomas

pueden servir como excusa para no llevar a cabo correctamente el tratamiento o incluso si se produjese una pérdida de peso en lugar de ganancia, culpar a la celiaquía de ello.

Intolerancia a la lactosa

El NIH Osteoporosis and Related Bone Diseases National Resource Center describe la relación entre anorexia nerviosa y osteoporosis, por un lado, y la intolerancia a la lactosa y osteoporosis, por otro lado, la cual es la consecuencia más importante de esta asociación.

Las personas afectadas de anorexia nerviosa pueden experimentar problemas nutricionales y hormonales que afectan negativamente la densidad ósea. Un bajo peso corporal en las mujeres hace que el cuerpo deje de producir estrógeno, lo que contribuye a pérdidas significativas en la densidad ósea.

Además, los individuos con anorexia a menudo producen cantidades excesivas de la hormona cortisol adrenal, que es conocido como desencadenante de la pérdida de hueso. Otros problemas, como una disminución en la producción de la hormona del crecimiento y otros factores de crecimiento, bajo peso corporal (aparte de la pérdida de estrógeno que causa), la deficiencia de calcio, y la desnutrición, contribuyen a la pérdida de masa ósea en las niñas y mujeres con anorexia. La pérdida de peso, una restricción de la ingesta alimentaria, y la deficiencia de testosterona puede ser responsable de la densidad ósea baja encontrada en los varones con el trastorno.

Los estudios sugieren que la osteopenia es común en las personas con anorexia. Las niñas con anorexia tienen menos probabilidades de alcanzar su

pico máximo de densidad ósea y por lo tanto pueden estar en mayor riesgo de osteoporosis y fractura a lo largo de la vida.

Por otro lado, uno de los principales factores de riesgo para desarrollar osteoporosis es no estar recibiendo suficiente calcio en la dieta. Dado que los productos lácteos son una fuente importante de calcio, es posible asumir que las personas con intolerancia a la lactosa que evitan los productos lácteos podrían estar en mayor riesgo de osteoporosis. Sin embargo, la investigación que explora el papel de la intolerancia a la lactosa en la ingesta de calcio y la salud ósea ha producido resultados contradictorios. Algunos estudios han encontrado que las personas con intolerancia a la lactosa tienen un mayor riesgo de osteoporosis, pero otros estudios dicen más bien lo contrario.

Como consecuencias secundarias encontramos las anteriormente mencionadas en el artículo de Patricia Bolaños Ríos: la obstaculización en la recuperación ponderal de peso, el empleo de la intolerancia como culpable de la no realización del tratamiento, etc.

Alergias

En el estudio que trata la cuestión de las alergias en general, supone que los síntomas que presentaba esta población podrían estar producidos por esa atención especial que este tipo de sujetos debe guardar con respecto a su alimentación. Puede tratarse de una opinión bastante acertada, pues una de las peculiaridades de este grupo y los pacientes de TCA es que están muy pendientes de qué comen y qué no comen, ya sea por obligación o por control de la alimentación.

Con respecto a las consecuencias de padecer alergia junto a anorexia nerviosa, estas no son las más reseñables, dado que la simple eliminación del alimento en cuestión hace desaparecer cualquier tipo de síntoma, y eso es muy sencillo. Además, las alergias más comunes no interfieren en la recuperación de peso, ya que son alimentos fácilmente sustituibles por otros. Por ejemplo, si se tiene alergia al huevo, se pueden tomar otras fuentes de proteínas como la leche o la carne, si se es a una fruta se puede tomar otra.

CONCLUSIÓN

Las personas con TCA tienen una actitud frente a la comida bastante compleja. Tienen, al fin y al cabo, algún tipo de obsesión por ella. Si además se les añade el condicionante de que van a tener que estar pendientes de su alimentación el resto de su vida de forma obligada porque deben vigilar que su alergia o intolerancia no les cause problemas, es comprensible que su recuperación se vea afectada.

Ocurre igual al contrario: si una persona tiene predisposición a padecer un TCA y además tiene esa obligación de leer etiquetas y preguntar “¿esto qué lleva?”, su patología se convierte en un agravante a poder llegar a padecer un TCA.

Podemos llegar a pensar que esto es así, aunque los resultados no son concluyentes y la falta de información al respecto no ayuda. Podemos concluir que no hay nada claro al respecto sobre esta asociación, y que queda mucho por estudiar en este campo aunque sea algo complejo dado la falta de población con la que trabajar sobre ello.

REFERENCIAS

1. Hernández, I. C. (2004). Desnutrición en Anorexia Nervosa: enfoque psicosomático y tratamiento multidisciplinar. *Nutrición Hospitalaria*, 19(n04).
2. Aguinaga, M., Fernández, L. J., & Varo, J. R. (2009, July). Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y actualización. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 23, No. 2, pp. 279-92).
3. Murillo, A. Z. (2009). Intolerancia alimentaria. *Endocrinología y Nutrición*, 56(5), 241-250.
4. Pratt, E. L. (1958). Food allergy and food intolerance in relation to the development of good eating habits. *Pediatrics*, 21(4), 642-648.
5. Passananti, V., Siniscalchi, M., Zingone, F., Bucci, C., Tortora, R., Iovino, P., & Ciacci, C. (2013). Prevalence of eating disorders in adults with celiac disease. *Gastroenterology research and practice*, 2013.
6. Poloni, N., Vender, S., Bolla, E., Bortolaso, P., Costantini, C., & Callegari, C. (2009). Gluten encephalopathy with psychiatric onset: case report. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*: CP & EMH, 5, 16.
7. Basso, M. S., Zanna, V., Panetta, F., Caramadre, A. M., Ferretti, F., Ottino, S., & Diamanti, A. (2013). Is the screening for celiac disease useful in anorexia nervosa?. *European journal of pediatrics*, 172(2), 261-263.
8. Kaltsa, M., Garoufi, A., Tsitsika, A., Tsirogianni, A., Papasteriades, C., & Kossiva, L. (2015). Patients with eating disorders showed no signs of

coeliac disease before and after nutritional intervention. *Acta Paediatrica*.

9. Bolaños Ríos, Patricia (2010). Un trastorno de la conducta alimentaria oculto tras un error diagnóstico: un obstáculo en el tratamiento. *Trastornos de la Conducta Alimentaria 11*. 1259-1271
10. Shanahan, L., Zucker, N., Copeland, W. E., Costello, E. J., & Angold, A. (2014). Are children and adolescents with food allergies at increased risk for psychopathology?. *Journal of psychosomatic research*, 77(6), 468-473.