

**DIFICULTAD EN EL TRATAMIENTO DIETÉTICO-NUTRICIONAL DE
PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y
ELEVADA SINTOMATOLOGÍA GASTROINTESTINAL**

**NUTRITIONAL TREATMENT'S DIFICULTIES IN EATING DISORDERS
PATIENTS WITH HIGH GASTROINTESTINAL SYMPTOMS**

Inmaculada Ruiz Prieto

Correspondencia: Inmaculada Ruiz Prieto, inma.irp@gmail.com

Instituto de Ciencias de la Conducta, SCP

C/Fernando IV 24-26, CP: 41011, Sevilla

RESUMEN

La dispepsia funcional comprende una fisiopatología compleja que incluye aspectos relacionados a la motilidad gastrointestinal pero también aspectos psicológicos. Habitualmente, la dispepsia funcional se manifiesta con un conjunto de síntomas gastrointestinales que también son síntomas característicos de los trastornos de la conducta alimentaria. El presente trabajo recoge el caso de una paciente con un trastorno de la conducta alimentaria y dispepsia funcional, mostrando la influencia de la sintomatología digestiva en la recuperación de la paciente.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, dispepsia funcional, sintomatología digestiva, recuperación.

ABSTRACT

Functional dyspepsia includes a complex physiopathology involving issues related to gastrointestinal motility but also psychological aspects. Functional dyspepsia is usually manifested as gastrointestinal symptoms which are also characteristic symptoms of eating disorders. This work includes the case of a patient with an eating disorder and functional dyspepsia, showing the influence of the digestive symptoms in the patient's recovery.

Key words: eating disorders, functional dyspepsia, digestive symptoms, recovery.

INTRODUCCIÓN

La dispepsia funcional comprende una fisiopatología compleja que incluye aspectos relacionados a la motilidad gastrointestinal (como enlentecimiento del vaciamiento gástrico o hipersensibilidad a la distensión abdominal) pero también aspectos psicológicos (como estrés, ansiedad o depresión) (1-6).

Habitualmente, la dispepsia funcional se manifiesta como dolor epigástrico o quemazón gástrica, elevada plenitud posprandial o saciedad precoz, sensación de hinchazón y aerofagia o meteorismo. Sin embargo estos síntomas son característicos en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (1,7-11).

La sintomatología de la dispepsia funcional hace que los pacientes se sientan enfermos y angustiados, lo que influye directamente en su calidad de vida (1-6).

Por otro lado, la dispepsia funcional ha mostrado relación con el constructo fusión pensamiento-forma en los pacientes con TCA. Por lo que el mantenimiento de la sintomatología digestiva dificulta la recuperación ponderal y la mejoría en la actitud alimentaria, así como dificulta el reconocimiento de salud física por parte de los pacientes (7-11).

El presente trabajo recoge el caso de una paciente con TCA y dispepsia funcional, mostrando la influencia de la sintomatología digestiva en la recuperación de la paciente.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 25 años de edad que acude a consulta acompañada por sus padres tras solicitar alta voluntaria en un ingreso en salud mental. En el momento de la visita tenía un Índice de Masa Corporal (IMC) de 16,2 kg/m² y amenorrea secundaria desde hacía dos meses. Refería numerosos síntomas gastrointestinales y falta de apetito, seguidos de vómitos espontáneos e incontrolables que habían resultado en bajo peso y que asociaba a un supuesto diagnóstico de intolerancia a la lactosa y enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Consideraba solucionado el TCA y no refería rechazos alimentarios por miedo a engordar o por la composición nutricional de los alimentos. No obstante, rechazaba fritos, empanados y rebozados, comidas grasas o condimentadas, picantes, alimentos ácidos o con lactosa que asociaba al ERGE y la intolerancia a la lactosa. En cambio, la paciente refería insatisfacción corporal focalizada en barriga, muslos y glúteos, presentando elevado miedo al aumento de peso y refiriendo que consideraba un peso equivalente a un IMC de 18,3 excesivo, peso equivalente a 17,6 elevado y podría llegar a aceptar un peso equivalente a IMC 17,3 pero dándole tiempo para aceptar cada aumento de 1kg de peso corporal. Había realizado en los últimos meses un curso de nutrición y dietética y había trabajado poniendo dietas durante un tiempo, por lo que la paciente consideraba saber qué debía comer y qué era una alimentación saludable.

Los padres referían sintomatología gastrointestinal y pruebas médicas desde adolescente. Consideraban no solucionado el TCA y observaban que la restricción alimentaria en este último año era extrema y había alcanzado el peso más bajo de todo el tiempo, estando preocupados por ello. No admitía multitud de técnicas culinarias en su alimentación y rechazaba muchos alimentos, pero además, referían que la paciente

comía extremadamente lenta y dejaba gran cantidad de lo que le servían. Aunque los atracones aparecían con muy poca frecuencia y eran de menor cantidad en el momento de la visita, los padres observaban que en ocasiones habían vómitos, supuestamente esporádicos, cuando comía algo que consideraba que le sentaría mal por el ERGE o algún alimento que consideraba que engordaba (por ejemplo, plátano). También habían encontrado comida escondida o tirada. Controlaba su peso excesivamente y le observaban miedo al aumento de peso.

Sobre sus antecedentes personales, la paciente refería un aumento de 10-11 kg de peso con 15 años de edad, llegando a un IMC de 23,0 kg/m². Su médico le recomendó una dieta hipocalórica restrictiva con exclusión de diferentes grupos de alimentos (especialmente aquellos con mayor contenido en carbohidratos) y exclusión de diferentes técnicas culinarias (todo cocción o plancha), acompañado de unas cápsulas con objeto de conseguir efecto saciante. En unos meses disminuyó el peso que había aumentado quedándose en su peso habitual (IMC 20,0). Sin embargo, la paciente refirió que al dejar la dieta recuperó de nuevo el peso que había perdido. No obstante, no recordaba insatisfacción corporal o preocupación por el peso corporal en ese momento, sin embargo comentaba que su grupo de amigas comenzó a hacerle comentarios negativos sobre su aspecto físico. Además, comenzó a escuchar comentarios negativos sobre su aspecto por parte de los chicos de clase y empezó a preocuparse por perder peso. Una chica de su grupo de amigos le comentó que cuando ella comía algún alimento o elaboración que consideraba que engordaba se auto-provocaba el vómito para así no ganar peso, de manera que la paciente comenzó a auto-provocarse el vómito en aquellas comidas que consideraba haberse pasado de comer (por cantidad o por tipo de alimento/elaboración). Al cabo de unas semanas comenzó a tener episodios bulímicos que fueron aumentando su frecuencia de aparición hasta 4 veces al día varias

veces a la semana. Además, comenzó a auto-provocarse el vómito con las comidas habituales también, a fin de conseguir mayor pérdida de peso. Posteriormente, comenzó a restringir su alimentación en cantidad y grupos de alimentos llegando a un IMC de 17,6 kg/m². Con 17 años de edad comenzó tratamiento en salud mental y empezó a reducir la frecuencia de los episodios bulímicos. No obstante, hasta los 18 años de edad no comenzó tratamiento específico para los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) con un médico especializado, siendo diagnosticada de Anorexia Nerviosa de Tipo Purgativo (12). Cuando conseguía mejorar un poco su peso corporal, su actitud alimentaria y reducir la frecuencia de episodios bulímicos dejaba el tratamiento y comenzaba de nuevo cuando aumentaba la frecuencia de estos episodios.

Paralelamente, comenzó a realizarse diferentes pruebas médicas con diferentes especialistas con objeto de hallar alguna patología que le estuviera provocando todos los síntomas gastrointestinales que sentía (sensación de hinchazón continua, meteorismo y flatulencia, dolor epigástrico difuso, sensación de enlentecimiento del vaciamiento gástrico, ardores y pirosis, saciedad precoz, elevada plenitud, falta de apetito continua, periodos de estreñimiento severo acompañado de episodios de diarrea con moco, reflujo gastroesofágico, náuseas seguida de vómitos espontáneos). Resultando en hemograma normal, osteopenia, serología celiaca negativa, estudio tiroideo normal, ecografía abdominal normal y endoscopia sin hallazgos patológicos (mucosa gástrica con arquitectura conservada exenta de alteraciones histológicas relevantes). Dilatación del píloro permanente con disminución de la motilidad antral, aunque con dudosa gastritis crónica. Abdomen blando, depresible e indoloro sin detección de masas visceromegalias y percusión timpánica. Finalmente el diagnóstico de ERGE no quedó claro por no poder descartarse rumiación al haber tenido el último episodio de atracón hacía 20 días.

La intolerancia a la lactosa no quedó diagnosticada por tener un grado de intolerancia 1 de 4 recomendándose alimentación normal según tolerancia.

Finalmente el especialista que valoró todos los informes le comentó que tras el diagnóstico clínico se hallaba el TCA no solucionado y que asociaba la mayor parte de síntomas a dicho TCA, por lo que recomendó acudir a tratamiento especializado. Dicho profesional refería en su informe el mantenimiento persistente de un bajo peso ($IMC \leq 16$) sin motivo anatómico-patológico, con recomendación de aumento de peso y tratamiento del TCA.

Tras esto, la paciente estuvo 8 días ingresada en salud mental y solicitó alta voluntaria por considerar que no estaba recuperándose, entonces inició tratamiento ambulatorio en Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Se inició tratamiento ambulatorio multidisciplinar (médico psiquiátrico, psicológico y dietético-nutricional) en terapia individual con intervención familiar. Se recomendó un menú inicial de 1500 Kcal/día con suplemento de 300 Kcal/día, sin inclusión de productos dietéticos hasta repetir prueba de intolerancia a la lactosa mediante test de hidrógeno espirado. El contenido energético de la dieta fue aumentándose progresivamente. La paciente debía hacer las comidas acompañada por sus familiares, el baño debía estar vigilado. Se recomendó no salir y no pesarse y realizar reposos tras las comidas en cama. Tratamiento farmacológico mediante venlafaxina 225 mg, topiramato 150 mg, lorazepam 5 mg y deprax 100 mg.

Durante la primera semana de tratamiento la adherencia a las pautas fue moderada. La paciente no realizó todos los reposos tras las comidas en cama ni hizo todas las comidas en casa. Las dos comidas que hizo fuera de casa supusieron vómitos

incontrolados. En cuanto a los síntomas gastrointestinales la paciente refería un aumento de ellos con el menú, además de angustia por el control de las comidas que hacía su familia. La paciente refería notar como no podía digerir la lechuga "*se me queda entera en el estómago*", la espinaca le generaba muchísima acidez, los cítricos no los toleraba bien por ser ácidos y sobre los lácteos explicaba notar como enlentecían la digestión, específicamente los yogures, así como las acelgas. Otras molestias digestivas que fue refiriendo a lo largo de las visitas fueron de tipo dispepsia funcional. Mostró a lo largo de las visitas multitud de creencias irracionales y mitos sobre la alimentación.

Poco a poco la adherencia a las pautas del tratamiento fue disminuyendo, comenzó a restringir la alimentación evitando la mayor parte de verduras (excepto en puré), gran parte de las frutas, lácteos, embutidos, cereales y galletas, repostería, estofados, fritos, empanados, rebozados y cítricos. Disminuyó el consumo de agua a menos de 1 L/día porque refería que el agua le producía distensión abdominal y "*se nota desde fuera*". Los vómitos se mantenían más de una vez por semana. Mantenía estreñimiento severo y sintomatología de tipo dispepsia funcional que empeoraba durante el periodo menstrual y durante episodios de estrés. La paciente refirió ansia específica por dulces en varias ocasiones y en ocasiones refería *food craving* durante el periodo pre-menstrual. En cambio a lo largo del tratamiento fue reduciéndose el *food craving*, aumentando la sensación de saciedad precoz y elevada plenitud.

Tanto su actitud alimentaria, como la restricción y la sintomatología digestiva aumentaban ante situaciones estresantes para la paciente o en situaciones nuevas (por ejemplo durante un viaje), influyendo negativamente en su peso. Además, la percepción de su imagen corporal influía directamente en su estado psico-emocional y en la sintomatología digestiva (fusión pensamiento-forma). Al mantener la sintomatología de

la dispepsia funcional la paciente mantenía una conducta alimentaria alterada y dificultad para recuperar y mantener un estado de normopeso. La paciente centraba la consulta semanal recreándose en la sintomatología digestiva, asociando la sintomatología al consumo de los diferentes alimentos (por ejemplo si un día sentía síntomas tras consumir una manzana, dejaba de tomar la manzana porque consideraba que es el alimento responsable de la sintomatología) y buscaba la prescripción de pruebas médicas que confirmasen alguna patología. Manteniendo a lo largo de todo el tratamiento la percepción de enfermedad física. Por otro lado, esa angustia y sensación de enfermedad influía directamente en su calidad de vida, tanto en el mantenimiento de un estado nutricional adecuado, como en sus relaciones interpersonales (rechazaba salidas con amigos porque solían incluir comida o bebida) y en su situación académica o laboral (consideraba no poder hacer determinados movimientos porque influirían directamente en su sintomatología digestiva y no se consideraba preparada anímica y psicológicamente para dedicarse a estudios o trabajo).

Al cabo de un año de tratamiento la paciente continúa con tratamiento farmacológico, no tiene menú pero mantiene suplemento energético (1/día), mantiene sintomatología digestiva que continua asociando a los alimentos, mantiene actitud alimentaria alterada (muestra ansiedad o tensión ante las comidas, muestra hostilidad y repugnancia ante la comida, desmenuza la comida, espulga, trocea en porciones de alimento muy pequeña, come con las manos muchos alimentos sin dar el bocado incluso sin cogerlos con el tenedor, esconde, tira, deja grandes restos de alimento, se salta comidas cuando tiene la ocasión) y control del peso corporal oscilando entre IMC 17 y 18,4. La paciente continúa sin hacer ejercicio, sin salir con amigos, sin estudiar o trabajar.

DISCUSIÓN

El tratamiento en pacientes con TCA y elevada presencia de dispepsia funcional debe centrarse en la normalización de la actitud y conducta alimentaria, reduciendo la percepción de sufrir intolerancia alimentaria o patología física y reduciendo la ideología irracional o mitos en cuanto a alimentación.

En caso de presencia de episodios bulímicos debe reducirse especialmente su frecuencia de aparición a fin de reducir la sintomatología generada por los atracones y vómitos.

Deben incluirse en la alimentación de estos pacientes todos los grupos de alimentos y técnicas culinarias con objeto de reducir la sensación de intolerancia y la fobia a determinados alimentos (especialmente reduciendo la lipofobia, el miedo a los alimentos o técnicas culinarias hipercalóricas e incluyendo dulces e hidratos de carbono complejos).

En aquellos pacientes en los que el tratamiento médico psiquiátrico, psicológico, farmacológico y dietético-nutricional no consigue rebajar la ansiedad fóbica ante las comidas, la sintomatología gastrointestinal y mejorar el estado nutricional y la actitud y conducta alimentaria, manteniéndose la dispepsia funcional elevada, alteración fusión pensamiento-forma y sensación de enfermedad física e intolerancia alimentaria el pronóstico es negativo.

REFERENCIAS

1. Jáuregui-Lobera I, Santed MA, Bolaños Ríos P. Impact of functional dyspepsia on quality of life in eating disorder patients: the role of thought-shape fusion. *Nutr Hosp.* 2011;26(6):1363-71.
2. Haug TT, Svebak S, Wilhelmsen I, Berstad A, Ursin H. Psychological factors and somatic symptoms in functional dyspepsia. A comparison with duodenal ulcer and healthy controls. *J Psychosom Res* 1994; 38: 281-91.
3. Lee S, Park M, Choi S, Nah Y, Abbey SE, Rodin G. Stress, coping, and depression in non-ulcer dyspepsia patients. *J Psychosom. Res* 2000; 49: 93-9.
4. Tominaga K, Higuchi K, Iketani T, Ochi M, Kadouchi K, Tanigawa T et al. Comparison of gastrointestinal symptoms and psychological factors of functional dyspepsia to peptic ulcer or panic disorders patients. *Inflammopharmacology* 2007; 15: 84-9.
5. Sullivan SN. Functional abdominal bloating. *J Clin Gastroenterol.* 1994; 19 (1): 23-7.
6. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW, Irvine EJ, Müller-Lissner SA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999; 45 (Suppl. 2): II 43-7.
7. Waldholtz BD, Andersen AE. Gastrointestinal symptoms in anorexia nervosa. *Gastroenterology* 1990; 98: 1415-9.

8. McCallum RW, Grill BB, Lange R, Planky M, Glass EE, Greenfeld DG. Definition of a gastric emptying abnormality in patients with anorexia nervosa. *Dig Dis Sci* 1985; 30: 713-22.
9. Cuellar RE, Van Thiel DH. Gastrointestinal consequences of the eating disorders: Anorexia nervosa and bulimia. *Am J Gastroenterol.* 1986; 81: 1113-24.
10. McClain C, Humphries LL, Hill KK, Nickl NJ. Gastrointestinal and nutritional aspects of eating disorders. *J Am Coll Nutr.* 1993; 12: 466-474.
11. Kamal N, Chami T, Andersen A, Rosell FA, Schuster MM, Whitehead WE. Delayed gastrointestinal transit times in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am J Gastroenterol.* 1991; 101: 1320-24.
12. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM IV-RT; American Psychiatric Association: Washington, DC, USA, 2000.