

## **DESORDENES DE LA CONDUCTA ALIMENTAREA Y EMBARAZO: CASO CLINICO Y REVISION DE LA LITERATURA.**

### **AUTORES:**

**Dr. Cesar Rodríguez \***

**Dr. Ángel Apraez Portilla \***

**Dra. Katuska Hernández V.\***

**Dra. Rosa Indacochea M. \*\***

**Dr. Washington Ordóñez M.\*\*\***

*\*Médico Residente de G&O Hospital Enrique C. Sotomayor*

*\*\*Médico Gineco-Obstetra APROFE*

*\*\*\*Médico Tratante; Jefe de Área Hospital Enrique C. Sotomayor*

### **RESUMEN.-**

Los trastornos de conducta alimentaria son enfermedades producidas por la interacción de una serie de factores, tales como trastornos de la personalidad, presiones familiares y una posible susceptibilidad genética en una cultura en la que existe sobreabundancia de comida y obsesión por estar delgado.

En este artículo describimos a una embarazada de 22 años de edad y 32 semanas de gestación, con trastornos de la alimentación como es la Anorexia, acompañada de episodios de bulimia; y presentando *hipoglucemia* (14 mg/dl) como complicación. Además realizaremos una pequeña descripción de estos trastornos.

**PALABRAS CLAVES :** Anorexia, bulimia, embarazo, hipoglucemia

### **SUMMARY**

#### **INTRODUCCIÓN.-**

Los trastornos del comportamiento alimentario (TAC), se consideran un problema de salud propio de países desarrollados, una verdadera epidemia con una incidencia y prevalencia en aumento. La presión sociocultural hacia una imagen más esbelta y el rechazo a la obesidad son unos de los factores capitales en la aparición de estos trastornos. Son más frecuentes en la clase social urbana media y alta, aunque en los últimos tiempos esta tendencia va cambiando progresivamente ya que se ven casos en cualquier entorno. (1)

Los desórdenes de alimentación, afectan un estimado de 5 millones de mujeres americanas todos los años (2).

La *anorexia* y la *bulimia* son 2 padecimientos que pertenecen al grupo de las enfermedades psiquiátricas y se agrupan en el apartado de "trastornos de la conducta alimentaria" de acuerdo a la clasificación del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV (3).

Estas enfermedades y sus variantes se caracterizan por severas alteraciones al comer, tales como restricción en la ingesta, o compulsión, así como stress o preocupación excesiva acerca de su peso corporal o la forma de su cuerpo.

Hay variantes en los efectos sobre el bienestar psicológico teniendo efectos potencialmente devastadores en la salud a través de secuelas fisiológicas de un estado mental alterado o debidos a purgas (2).

Estos padecimientos han presentado una mayor prevalencia en los últimos decenios, con predominio en mujeres de hasta el 95%, sobre todo en jóvenes; la mayor incidencia pico es entre los 13 y 18 años, lo que coincide con el punto de función reproductiva. Estos padecimientos van en contra de la conducta reproductiva, pues afectan la menstruación, la función ovárica y la sexualidad, de modo que el embarazo es excepcional.

Frecuentemente una persona que tenga trastornos alimentarios no expresan los síntomas ni los reconocen debido a la falta de conocimiento, del efecto que tienen sobre la salud y su incapacidad para eliminarlos. Estos desordenes pueden pasar clínicamente desapercibidos en casi 50% de los casos. Además, el embarazo provoca la aparición o exacerbación del padecimiento durante la gravidez, el Postparto y la lactancia.

Existe una alta mortalidad perinatal por prematurez, si como productos con bajo peso al nacer o bien pequeños para edad gestacional. Además se informa que existe un mayor número de abortos, complicaciones obstétricas depresión post- parto (2,3).

### ***ANOREXIA NERVIOSA***

Es una enfermedad psiquiátrica compleja, que lleva al paciente a un estado de inanición adquirida a través de dietas severas o purgaciones cuando ha perdido la persecución de su imagen corporal y tiene un miedo exagerado a engordar (4)

### ***BULIMIA NERVIOSA***

Es un trastornos de la conducta alimentaria en el que se produce de forma compulsiva un ciclo de atracón-purgación; es mas común que la anorexia y suelen presentar normopeso o sobrepeso (5).

### ***TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADOS (EDNOS)***

Se trata de una tercera categoría que fue establecida en el DSM-IV para delimitar los trastornos de conducta alimentaria no definidos específicamente como anorexia y bulimia. Esta categoría incluye atracones sin purgación y otros comportamientos de anorexia y bulimia acompañados de peso normal.

### **CRITERIOS DIAGNOSTICOS**

En 1994 aparecen los nuevos criterios diagnósticos para los trastornos del comportamiento alimentario según el DSM-IV, donde por primera vez se distingue subtipos de los diferentes trastornos y las pautas necesarias para el diagnóstico, lo cual lo podemos observar en las tablas I, II, III y además se describen los principales signos, síntomas y complicaciones que podrían presentarse (tabla IV).

**TABLA I: CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA ANOREXIA NERVIOSA**

<b>A</b>	Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ej, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del normal, o fracaso en conseguir el aumento del peso normas durante el periodo del crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso normal).
<b>B</b>	Miedo a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
<b>A</b>	Presencia de episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes: <b>1.-</b> Ingesta, en un breve periodo de tiempo, de una cantidad de comida superior a la que la mayoría de la gente podría ingerir en el mismo tiempo y en las mismas circunstancias. <b>2.-</b> Sensación de perdida de control sobre la ingesta durante el episodio
<b>B</b>	Conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos, etc.
<b>C</b>	Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos 2 veces a la semana durante un período de 3 meses.
<b>D</b>	La autoevaluación esta influida por el peso y la silueta corporal.
<b>E</b>	La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa
<p><b>Especificar tipo:</b>  <i>Tipo Purgativo:</i> Durante el episodio de Bulimia nerviosa, el individuo se provoca el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.  <i>Tipo No purgativo:</i> Durante el episodio de Bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso.</p>	
<p><i>Adaptado de la American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4ta ed (DSM –IV). Washington DC: American Psychiatric Press, 1994</i></p>	

**TABLA III: CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA  
LOS TRASTORNOS POR ATRACON**

<b>A</b>	Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las 2 condiciones siguientes: 1.- Ingesta, en un breve periodo de tiempo, de una cantidad de comida superior a la que la mayoría de la gente podría ingerir en el mismo tiempo y en las mismas circunstancias. 2.- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio
<b>B</b>	Los episodios de atracón se asocian a 3 o más de los siguientes síntomas: 1.- Ingesta mucho mas rápido de lo normal. 2.- Comer hasta sentirse harto. 3.- Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre. 4.- Comer a solas para esconder su voracidad. 5.- Sentirse a disgustos con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón.
<b>C</b>	Profundo malestar al recordar los atracones
<b>D</b>	Los atracones tienen lugar, como media, al menos 2 días a la semana durante tres meses.
<b>E</b>	El atracón no se asocia a estrategias inadecuadas (por ej, purgas, ayuno. Ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una anorexia o bulimia nerviosa
<i>Adaptado de la American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4ta ed (DSM –IV). Washington DC: American Psychiatric Press, 1994</i>	

**TABLA IV: SIGNOS Y SINTOMAS Y COMPLICACIONES MEDICAS DE LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA**

OROFACIAL	CARDIOVASCULAR	GASTROINTESTINAL	ENDOCRINO Y METABOLICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ PERIODONTITIS</li> <li>✚ CRIES DENTAL</li> <li>✚ QUEILOSIS</li> <li>✚ AGRANDAMIENTO DE PAROTIDA</li> <li>✚ ADENOPATIA SUBMANDIBULAR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ HTA POSTURAL Y NO POSTURAL</li> <li>✚ ACROCIANOSIS</li> <li>✚ EKG ANORMAL : BAJO VOLTAJE, Q-T PROLOGADO</li> <li>✚ BRADICARDIA SINUSAL</li> <li>✚ ARRITMIA VENTRICULAR</li> <li>✚ PROLAPSO DE LA VALVULA MITRAL</li> <li>✚ CARDIOMEGALIA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ ESOFAGITIS Y HEMATEMESIS</li> <li>✚ DISMINUCION DE LA MOTILIDAD INTESTINAL</li> <li>✚ RETARDO DEL VACIAMIENTO GASTRICO</li> <li>✚ CONSTIPACION</li> <li>✚ PROLAPSO RECTAL</li> <li>✚ DILATAACION Y RUPTURA GASTRICA</li> <li>✚ PRUEBAS HEPATICAS ALTERADAS</li> <li>✚ ELEVACION DE LA AMILASA PLASMATICA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ HIPOCALEMIA</li> <li>✚ HIPO-HIPERNATREMIA</li> <li>✚ HIPOMAGNESEMIA</li> <li>✚ <u>HIPOGLICEMIA</u></li> <li>✚ HIPOTERMIA</li> <li>✚ TRASTORNOS TIROIDEOS</li> <li>✚ HIPERCORTISOLISMO</li> <li>✚ DISMINUCION DE LOS NIVELES PLASMATICOS DE ESTRADIOL</li> <li>✚ DISMINUCION DE LOS NIVELES PLASMATICOS DE TETOSTERONA</li> <li>✚ AMONORREA, OLIGOMENORREA</li> <li>✚ OSTEOPOROSIS</li> <li>✚ LIPODOS ALTERADOS</li> <li>✚ OBESIDAD</li> <li>✚ RETRASO EN EL CRECIMIENTO</li> <li>✚ <u>RETARDO DE LA PUBERTAD</u></li> </ul>
<p><b>REPRODUCTIVO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ INFERTILIDAD</li> <li>✚ BAJA DE PESO DURANTE EL EMBARAZO</li> <li>✚ BAJA DE PESO EN LA INFANCIA</li> <li>✚ BAJO PESO EN LA INFANCIA</li> </ul>	<p><b>NEUROLOGICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ ATROFIA CORTICAL REVERSIBLE</li> <li>✚ NEUROPATIA PERIFERICA</li> <li>✚ AGRANDAMIENTO DE VENTRICULOS</li> </ul>	<p><b>HEMATOLOGICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ ANEMIA</li> <li>✚ LEUCOPENIA</li> <li>✚ NEUTROPENIA</li> <li>✚ TROMBOCITOPENIA</li> </ul>	<p><b>PIEL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ LANUGO</li> <li>✚ PIEL AMARILLA DEBIDO A HIPERCAROTEMIA</li> <li>✚ PELO Y PIEL SECA</li> <li>✚ PERDIDA DE PELO</li> </ul>
<p><b>RENALES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ CALCULOS RENAL</li> </ul>			

*TOMADO DEL: E Annie et al. Eating Disorders, Current Concepts. The New England Journal of Medicine. Vol 30, número 14. 1999.*

### **TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADOS (EDNOS)**

El DSM-IV describe en este apartado un grupo de pacientes que presentan un trastorno de la conducta alimentaria, pero que no cumplen todos los criterios para ser diagnosticados de anorexia o bulimia nervosa. Se trata en muchos casos de formas subclínicas; sin embargo, su identificación y diagnóstico precoces son importantes, pues van a permitir poner en marcha medidas preventivas para evitar la evolución a cuadros típicos de anorexia o bulimia nervosa.

Además de los criterios para diagnosticar estos trastornos, y al encontrar signos y síntomas que nos indica la presencia de estas patologías como son la anorexia y la bulimia nervosa, podríamos encontrar complicaciones medicas que pondrían en peligro la vida de la paciente en diferentes niveles de nuestro organismo como son: orofacial, cardiovascular, gastrointestinal, endocrino-metabólico, renal, reproductivo, neurológico y hematológico ( tabla IV)

## TRATAMIENTO

El método terapéutico de los trastorno del comportamiento alimentario debe ser global e incluye a la hospitalización en casos graves (mas en la anorexia nerviosa). Se requiere de terapia individual y familiar (del comportamiento, interpersonal o cognitiva), así como de fármacos en algunos casos. El manejo de las pacientes embarazadas no difiere mucho del de otras pacientes, excepto que se requiere de apoyo y valoración frecuente por parte del obstetra para el binomio madre-producto (3)

## CASO CLINICO

Paciente de 22 años de edad, primigesta con embarazo de 30 SG del cual se entera un día anterior a su ingreso; es transferida de otra casa asistencial por trastornos de la conducta alimentaria (TCA) tales como anorexia y bulimia nerviosa en combinación; se encontraba en tratamiento psicológico, siendo abandonado hace 1 año aproximadamente.

Además se acompaña de complicaciones clínicas como son: Hipoglucemia 15 mg/dl , deshidratación grado II, asociadas a patologías obstétricas como Retardo del crecimiento intrauterino y oligoamnios severo diagnosticados por ecografía.

Como antecedentes patológicos personales tenemos: apendicectomía hace 7 años y TCA, la cual comprendía: comidas completas 2 veces por semana seguidas de la provocación de vómitos.

Es ingresada en el área de terapia intensiva donde recibe tratamiento, maduración pulmonar del feto y alimentación parenteral siendo estabilizada clínicamente.

A los 12 días de hospitalización se interrumpe el embarazo por presentar hipertermia acompañada de taquicardia fetal ( LCF: 220 x min), leucocitosis de 22.400 con todo estos datos pasa a cirugía con el diagnostico de Embarazo de 33 SG + Oligoamnios severo + Amnionítis subclínica + TAC. Se obteniéndose un RN vivo con peso fetal de **1900 gr.** y por pediatría 36 SG que corresponde según la clasificación de Ballard a un producto pequeño para la edad gestacional (PEG).

A los 6 días de posterior a la cirugía es dada de alta en condiciones clínicas estables y es remitida a la consulta externa para continuar con controles posteriores y asesoramiento psicológico.

## DISCUSIÓN

Trastornos de la conducta alimentaría están bien definidas en mujeres entre las edades de 14 a 24, y consisten principalmente en la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN). En conjunto, estos dos trastornos de la conducta alimentaría se caracterizan por graves perturbaciones en la alimentación y alteraciones agudas sobre la forma y peso del cuerpo . En AN, el miedo a la ganancia de peso sumado a una distorsión de la imagen corporal conduce a la negativa a mantener un mínimo aceptado de peso corporal (Asociación Psiquiátrica Americana [APA], 1994). Aunque las mujeres con BN también sobrevaloran el tamaño corporal y la forma, este trastorno se caracteriza por episodios de ingesta compulsiva seguido de esfuerzos para deshacer el episodio de ingesta (la purga oral es la más conocida) (APA, 1994).

Alteraciones psicológicas, socio-conductuales son los factores que contribuyen a la complejidad del desarrollo y la persistencia de la AN y BN (Rosen & Neumark-Sztainer, 1998) (5).

Bulik CM, Sullivan PF, Kendler KS. encontraron dentro de la muestra y, a través de un método empírico, clases de patologías relacionados con los trastornos alimenticios que en general se asemejan a las actuales clasificaciones de anorexia, bulimia, desordenes compulsivos de la ingesta. Clases adicionales se caracterizaron por cualquiera de los aspectos psicológicos de los trastornos de la alimentación o bajo peso corporal. Individuos clasificados en los tres clases de trastornos de la alimentación, tuvieron similares perfiles de personalidad, pero presentaron diferencias en la expresión de los síntomas y cofactores de riesgo para la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y la obesidad(6).

Ekeus C, et al. Analizaron los resultados de natalidad y las complicaciones del embarazo en mujeres con antecedentes de anorexia nerviosa. Encontrando que los mismos son muy similares a la población general. Las únicas diferencias observadas fueron un peso ligeramente más bajos al nacer y menores probabilidades para un parto instrumental en el grupo de anorexia nerviosa en comparación con la población principal. Ni la gravedad de la enfermedad ni una más corta etapa de recuperación después de la primera hospitalización se relaciona con complicaciones del embarazo o del parto (7).

El bajo peso al nacer, la prematuridad y el aumento de las tasas de aborto involuntario han sido previamente reportados en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria. Micali N, et al estudiaron los principales resultados perinatales adversos en mujeres con antecedentes de trastornos de la conducta alimentaria, encontrando que El grupo con bulimia nerviosa han significativamente mayores tasas de abortos involuntarios pasados (riesgo relativo 2,0,  $P = 0,01$ ) y en el grupo con anorexia nerviosa se presentan recién nacidos con significativamente menor peso al nacer que en la población general ( $P = 0,01$ ), que se explica principalmente por la disminución índice de masa corporal previo al embarazo. Las tasas de parto pretérmino fueron comparables entre los grupos (8).

Schimert P, et al Presentaron un recién nacido con alcalosis metabólica hipoclorémica debido a la alcalosis metabólica severa de su madre. Hipoventilación como una de las principales síntomas a resolverse rápidamente con el tratamiento, pero pueden ser potencialmente mortales si no se detecta. En este caso, la madre tenía un probable trastorno alimentario. Poco se sabe acerca de trastornos electrolíticos transplacentarios adquiridos en este escenario. En ausencia de síntomas, la mayoría de los casos podría ser detectados. El resultado neonatal habitual de la anorexia y / o bulimia nerviosa en el embarazo es un menor peso al nacer y un menor riesgo de parto instrumental (9) .

La anorexia nerviosa entre las niñas de Arabia parece ser raro y el embarazo en condición de extrema insuficiencia parece ser raro también. Manzato E, et al Presentan el caso de un joven de 19 años de Arabia que vive en Italia y que es referida a una unidad de trastornos alimenticios debido a su condición de

anoréxica. Ella llegó para una consulta cuando se encontraba en su 33a semana de embarazo con un índice de masa corporal inferior a 14 (10).

Este reporte tiene mucha similitud con el caso clínico descrito en este artículo, tanto por su rareza como por la edad gestacional de hallazgo.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

1.-Cano Correa Alvaro et al. Factores de riesgo para los trastornos de la alimentación en los Alumnos de la universidad de Manizales. Med-UNAB. Vol. 10, número 3, nov 2007.

2.- E Annie et al. Eating Disorders, Current Concepts. The New England Journal of Medicine. Vol 30,número 14. 1999.

3.- Octavio Escobedo Islas. Anorexia nerviosa y bulimia en el embarazo. Complicaciones medicas en el embarazo, segunda edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana,2004; pag. 67-73.

4.- M J Martínez-Aedo Ollero. Anorexia y Bulimia nerviosa. Conceptos y criterios Diagnósticos

5.- Chizawsky LL, Newton MS. Eating disorders: identification and treatment in obstetrical patients.AWHONN. 2006 Diciembre-2007 Jan; 10 (6) :482-8.)

6.-Bulik CM, Sullivan PF, Kendler KS. An empirical study of the classification of eating disorders. Am J psiquiatría. 2000 Jun; 157 (6) :851-3.)

7.- Ekeus C, Lindberg L, Lindblad F, Hjern A. Birth outcomes and pregnancy complications in women with a history of anorexia nervosa.. BJOG. 2006 Aug; 113 (8) :925-9.

8.- Micali N, Simonoff E, Treasure J. Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders.. Br J Psiquiatría. 2007 Mar; 190:255-9.)

9.- Schimert P, Bernet-Buettiker V, Rutishauser C, Schams M, Frey B. Transplacental metabolic alkalosis. J Paediatr Child Health. 2007 Dec; 43 (12) :851-3

10.- Manzato E, Zanetti T, Gualandi M Pregnancy in severe anorexia nervosa.. Int J Eat Disord. 2008 Julio 17.)