

O. Oviedo de Lucas¹
L. Martín Recuero²
F.J. Pino Calderón¹
J.R. Gutiérrez Casares¹

Anorexia nerviosa en el varón adolescente: a propósito de un caso

1 Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Complejo Hospitalario
Universitario de Badajoz.

2 Unidad de Salud Mental de Navalmoral de la Mata, Cáceres.

Anorexia nervosa in adolescent male: A case report

Correspondencia:

Luis Martín Recuero
Unidad de Salud Mental Navalmoral de la Mata
Avda. de las Angustias 23. 10300. Cáceres.
E-mail: luispsq@yahoo.es

RESUMEN

La prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en varones es diferente según el cuadro clínico y la edad. Se acepta globalmente que el 8-10% del total de los casos correspondería a éstos. Sin embargo, se encuentran diferencias según se hable de anorexia, que correspondería a estas cantidades, o bulimia, la cual podría ser más frecuente.

Según la edad, en grupos prepuberales la prevalencia alcanzaría el 25-30% entre los 11-13 años y descendería al 15-20% entre los 13-14 años. Se cree que han aumentado los casos en estos grupos con un incremento proporcionalmente mayor para los varones.

Los TCA son tema frecuente en medios de comunicación y siempre se asocian a la mujer, lo que puede influir en que varones que sufren la enfermedad se sientan estigmatizados y no busquen ayuda.

Se han realizado múltiples estudios y ensayos clínicos con diversos tratamientos psicofarmacológicos, obteniéndose diferentes respuestas y resultados no concluyentes. En cualquier caso, los psicofármacos no constituyen el tratamiento de elección si bien pueden ser necesarios en distintos subgrupos y según el momento evolutivo, nunca como tratamiento único. Se requiere un planteamiento terapéutico multimodal que incluya programas conductuales, recuperación nutricional, terapias cognitivas y abordaje familiar.

Palabras clave: trastorno alimentario, anorexia nerviosa, cognitivo-conductual, psicofarmacoterapia.

ABSTRACT

The prevalence of the Eating Disorders (TCA) in men is different according to the clinic and the age. It is accepted that the 8-10% of the global cases would correspond to these. Nevertheless, there are differences between anorexia, which would correspond to these amounts, and bulimia, that could be more frequent.

According to the age, in prepuberale groups the prevalence would reach the 25-30% between the 11-13 years and would descend to the 15-20% between the 13-14 years. It believes that they have increased the cases in these groups with a proportionally greater increase for the men.

The TCA are frequent mass media subject and they are always associated the woman, which can influence in men who suffer the disease that could feel stigmatized and don't look for help.

Multiple studies and clinical tests with diverse psychopharmacologic treatments have been made, obtaining different answers and non conclusive results. In any case, the psychopharmacology constitutes the election treatment although they can be necessary in different sub-

groups and according to the evolutionary moment, never like unique treatment. A multimodal therapeutic exposition is required that includes behavioural programs, nutritional recovery, cognitive therapies and familiar boarding.

Key words: Eating disorders, anorexia nervosa, cognitive-behavioural, psychopharmacotherapy.

INTRODUCCIÓN

La existencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en el varón ha sido puesta en duda durante cierto tiempo. Al atribuir a la posición de la mujer en el mundo una relevancia especial como factor etiológico así como a su papel sexual, familiar, social y laboral, se cuestionó la presencia de la enfermedad en el mismo.

La anorexia nerviosa (AN) sigue siendo un tema muy controvertido, principalmente por su escasa proporción frente a la mujer (1:10). Su diagnóstico es cuestionado por muchos autores dada la importancia otorgada a la amenorrea como síntoma patognomónico de la enfermedad. Sin embargo, algunos como Morton (1689) o Gull (1874), describieron casos de varones que presentaban clara sintomatología de anorexia nerviosa, hasta entonces únicamente considerada como femenina. Diversas investigaciones dedicadas al tema lo abordaron desde el punto de vista psicopatológico y endocrinológico para ver si era o no semejante a la anorexia femenina haciendo una serie de puntualizaciones de tal manera que sería lógico pensar que junto a los rasgos psicopatológicos típicos habría una disfunción endocrina análoga a la que produce la amenorrea en mujeres.

Respecto a los factores que influyen en la aparición o mantenimiento del trastorno, parece que existirían algunos comunes para varones y mujeres y otros que influyen de manera más poderosa en la últimas (factores culturales relacionados con la búsqueda de la delgadez y el rol femenino en el medio social y profesional, conflicto entre su autonomía y su dependencia, su éxito y su autoestima).

En general, todos los autores que han tratado el tema concluyen que este cuadro es muy similar en ambos sexos siendo una de las principales diferencias encontradas las prácticas voluntarias llevadas a cabo para perder peso, el ejercicio físico excesivo en el hombre frente al cumplimiento de dietas restrictivas en mujeres que padecen este trastorno.

OBJETIVO

Nuestro propósito es dar a conocer el caso de un varón adolescente diagnosticado de Anorexia Nerviosa y Trastorno Depresivo Mayor asociado, así como la respuesta al tratamiento psicofarmacológico prescrito (paroxetina + olanzapina) y su evolución a lo largo de un año.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 15 años de edad, el menor de dos hermanos, estudiante de 4º E.S.O, remitido por su médico de Atención Primaria para valoración de posible Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Desarrollo psicobiográfico normal, parto a término, eutócico, lactancia materna durante 2 meses, comienzo de la marcha al año de vida, lenguaje a los 18-20 meses y control de esfínteres sobre los 2 años. Vacunación en regla. Sin enfermedades médicas de interés ni alergias conocidas. Adenoidectomía. Buena adaptación y relaciones sociales desde el comienzo de su escolarización, rendimiento académico aceptable.

Hacia un año aproximadamente, sus padres habían notado restricciones en determinados hábitos alimentarios (galletas, pan, grasas). Al principio no le dieron importancia "por eso de la adolescencia" pero desde hacía 6-7 meses lo encontraban triste, retraído, apático, pérdida de interés por las relaciones sociales y a la vez irritable.

Según refería el paciente, desde comienzos del curso "se veía gordo", influenciado por los comentarios de sus compañeros sobre su aspecto físico. Negaba conductas purgativas y/o atracones aunque sí reconocía haber aumentado el ejercicio físico (1 hora y media al día de bicicleta y abdominales tras las comidas). Pérdida de 5 kilos de peso desde hacía unos 6 meses. No se definía autoexigente ni excesivamente perfeccionista pero sí algo más preocupado por tenerlo todo ordenado.

Consciente, orientado y colaborador. Lenguaje coherente, inducido. Aspecto leptosómico. Actitud inhibida, incluso temerosa. Hipomimia, apatía, retraimiento socioafectivo, irritabilidad. Sin síntomas de ansiedad significativos. No se objetivaban alteraciones formales ni del contenido del pensamiento. Experiencias sensorio-perceptivas que no lograba comprender ("como si alguien me dijera que no coma a pesar de tener ganas"). Apetito conservado pero restringido a determinados alimentos, pérdida de peso (en esos momentos su altura era de 1,66 m., y pesaba 51 k. IMC: 18,5). Sueño básicamente conservado.

Inicialmente planteamos el uso de Técnicas Cognitivo-Conductuales y Psicoeducativas para abordar el

76 caso. Tras nueva valoración a los 15 días, observamos que el paciente sigue perdiendo peso (IMC: 17) y no es consciente de los riesgos para su salud que conlleva esa situación.

Se realiza el diagnóstico principal de Anorexia Nerviosa (ver criterios diagnósticos) y Trastorno Depresivo Mayor asociado y decidimos añadir tratamiento psicofarmacológico con Paroxetina (dosis crecientes hasta llegar a los 40 mg/d) y Olanzapina (5 mg/d).

RESULTADOS (ver tabla y gráficos anexos)

Desde el inicio observamos una rápida mejoría global tanto física como emocional en función de los parámetros estudiados: peso (kg), índice de masa corporal (IMC) y puntuación en la Children Depression Inventory (CDI). Además, aumentó la capacidad de comprensión y conciencia de enfermedad la cual se mantuvo a lo largo de un año de seguimiento.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se ha escrito y dicho mucho sobre cómo ha de tratarse a las personas con Trastornos de la esfera Alimentaria. Un aspecto importante dentro del tratamiento de la AN es el uso combinado de psicofármacos y psicoterapia.

Criterios para el diagnóstico de Anorexia Nerviosa (DSM-IV)

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.)

Especificar el tipo: Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas) Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

FECHA	PESO(kg)	TALLA (cm)	IMC (peso/talla m ²)	CDI	ACTITUD TERAPEÚTICA
21/02/05	51	166	18,5	21	psicoterapia
10/03/05	47	166	17	24	Pautamos: paroxetina (40mg/d) y olanzapina (5mg/d)
28/04/05	53	166	19,2	19	Mantenemos mismo tto
27/05/05	63	166	22,9	15	Retiramos olanzapina y mantenemos Paroxetina (40mg/d)
21/07/05	62,5	168	22,1	13	Disminuimos paroxetina (20 mg/d)
21/09/05	61,5	169	21,5	12	Mantenemos mismo tto
09/11/05	63	169	22,1	9	Disminuimos paroxetina (10mg/d)
11/01/06	63,5	170	21,9	6	Retiramos tto farmacológico. Psicoeducación
22/02/06	64	170	22,1	6	Psicoeducación
29/03/06	66	170	22,8	5	Psicoeducación

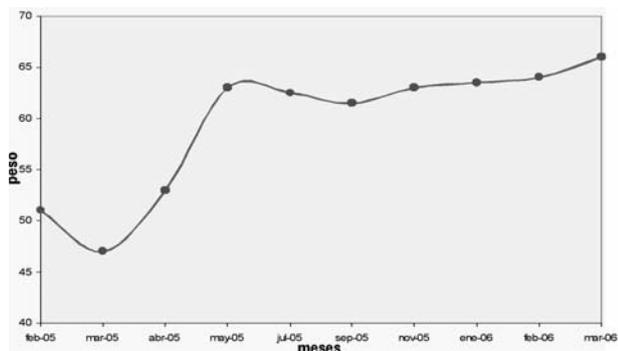


Figura 1. Aumento de peso

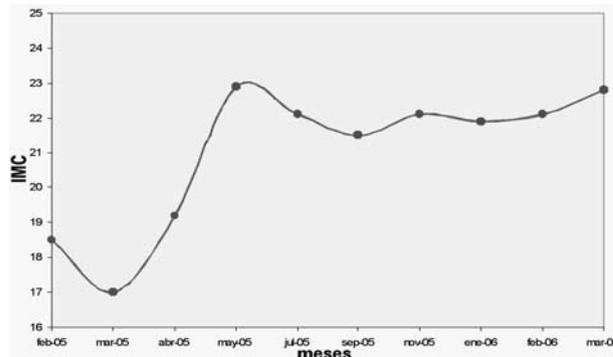


Figura 2. Aumento del índice de masa corporal.

El uso de psicofármacos ha sido muy variable, condicionado tanto por la presencia de efectos adversos relacionados con antidepresivos, litio o neurolépticos, como por la ambivalencia de estos pacientes con la medicación. Se han utilizado fundamentalmente ISRS (sobre todo Fluoxetina y Sertralina) en diferentes ensayos clínicos con mejorías significativas respecto a placebo en los síntomas depresivos y conciencia interoceptiva del trastorno.

Se han encontrado niveles alterados de 5-HIAA en LCR durante el trastorno y a lo largo de 1-2 años tras la recuperación del peso, lo cual justificaría el empleo de antidepresivos serotoninérgicos en la fase aguda y mantenimiento para la prevención de recaídas en estos cuadros.

Asimismo, se ha detectado la existencia de elevados niveles de dopamina como consecuencia de una hipersecreción dopaminérgica presináptica en anorexias de bajo peso (Brambilla et al, 2001). Ésta, unida a la falta de conciencia de enfermedad y al pensamiento anoréxico “delirante”, podría justificar el empleo de agentes dopaminérgicos tales como la Olanzapina (Mehler et al, Int J Eat Disord, 2002).

En nuestro caso, la respuesta al tratamiento farmacológico fue muy satisfactoria, tanto en rapidez clínica (peso y parámetros metabólicos, conciencia del trastorno, pensamiento obsesivo, irritabilidad y ánimo depresivo) como en tolerancia, lo cual unido a las técnicas cognitivo-conductuales empleadas y a la psicoeducación, contribuyó a mantener la mejoría y llegar a la recuperación “ad integrum” del trastorno alimentario.

En cualquier caso, los psicofármacos no constituyen el tratamiento de elección si bien pueden ser necesarios en distintos subgrupos y según el momento evolutivo (por ejemplo para conseguir la recuperación metabólica del paciente en casos graves) y nunca como tratamiento

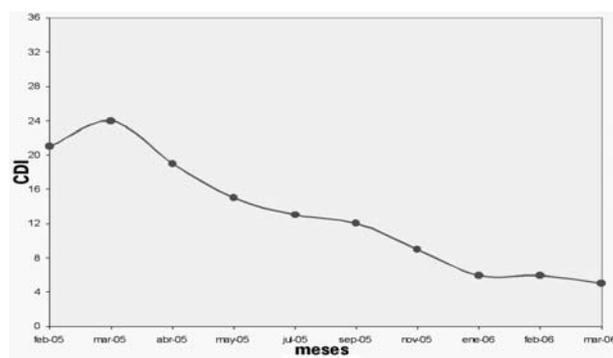


Figura 3. Disminución en la puntuación del Children Depression Inventory.

único. Se requiere un planteamiento terapéutico multimodal que incluya programas conductuales, recuperación nutricional, terapias cognitivas y abordaje familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Andersen, A.E; Mickalide, A.D. Anorexia nervosa in the males: An underdiagnosed disorder. *Psychosomatics*, 24, 1067- 1075.
2. Andersen, R.E. (1995). Eating disorders in Males. In K. Brownell, K; Fairburn, C.G. *Eating disorders and Obesity. A comprehensive Handbook*. New York: Guildford Publications, Inc
3. Burns, T, Crips, AH. (1984). Outcome of anorexia nervosa in males. *British Journal of Psychiatry*, 145, 319-328
4. Busto Arenas FJ, Galán Moreno F, Gutiérrez Casares JR, Martín Recuero L “Anorexia y Bulimia”. En: Eguíluz Uruchurtu I (coord), *Psiquiatría de Enlace: Endocrinología*, Pfizer, 2004, pp: 143-174
5. Chichilla Moreno A, “Anorexia y bulimia nerviosas: sintomatología clínica, diagnóstico, diagnóstico diferencial, pronóstico y criterios de

O. Oviedo de Lucas
L. Martín Recuero
FJ. Pino Calderón
JR. Gutiérrez Casares

Anorexia nerviosa en el varón adolescente:
a propósito de un caso

78

- ingreso". En: Chinchilla Moreno A, Trastornos de la conducta alimentaria. Barcelona, Masson 2002; pp: 53-128.
6. De la Serna de Pedro I, "Trastornos de la conducta alimentaria en el varón". En: García-Camba E, Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. Barcelona, Masson 2001; pp: 117-124.
7. Kaye WH, Nagata T, Weltzin TE, Hsu LK, Sokol MS, McConaha C, et al. Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting and restricting-purging-type anorexia nervosa. *Biol Psychiatry* 2001; 49: 644-52
8. Santonastaso P, Friedirici S, Favaro A. Sertraline in the treatment of restricting anorexia nervosa: an open controlled trial. *J Child Adolescent Psychopharmacol.* 2001 Summer; 11 (2): 1443-50.