

ANOREXIA NERVIOSA: Informe de tres casos

Dr. J. Américo Reyes Ticas

Antecedentes históricos (1, 2, 3) La primera publicación sobre la anorexia nerviosa se hizo en el siglo XVI en una monografía titulada "Consideraciones del eminente filósofo Simón Porta de Nápoles sobre el caso de la joven de la Magna, que vivió dos años sin comer ni beber".

Richard Morton en 1869 en su monografía Tisiológica manifestó que "de toda mi carrera médica sobresale una mujer todavía viva pero tan consumida que parecía un esqueleto vestido de piel", denominando a la enfermedad como "atrofia o consunción nerviosa" describiéndola como un debilitamiento que cursa sin fiebre ni tos ni disnea, pero acompañado de pérdida de apetito y trastornos digestivos marcados, como aquilia y dispepsia.

En 1873, Lasegue publicó en París sus importantes observaciones sobre la anorexia histérica y atribuyó esta enfermedad a un estado mental particular debida a las emociones, secretas o reconocidas, de los pacientes. En el mismo año William Gull, de Londres, denominó este cuadro clínico como apepsia histérica, pues creía que se trataba de una disminución funcional de las terminaciones gástricas del vago en enfermos de temperamento histérico. En 1874 le dio el nombre de anorexia nerviosa.

Después del informe de Simmonds (1914), que encontró una glándula pituitaria destruida en una mujer que murió de demacración, se pensó durante mucho tiempo que existía una relación entre la caquexia hipofisaria o Enfermedad de Simmonds y la anorexia nerviosa, por lo que se trató inútilmente esta enfermedad con extractos hipofisarios.

Definición:

La anorexia nerviosa ha sido discutida en la literatura psiquiátrica por mucho tiempo y su lugar exacto en la nosología aún no ha quedado definido. Se ha considerado una enfermedad física, un trastorno psicossomático o psicofisiológico o una

forma de psicosis. Recientemente el DSM III (4) lo ha clasificado como trastorno del acto de comer (Eating Disorder).

Comparto el criterio de Lange (5) en que la variedad de denominaciones (ver cuadro No. 1) traduce el desconocimiento de la enfermedad, sin embargo en ellas se observa una fuerte tendencia a relacionar el mecanismo de la anorexia o el estado de desnutrición severa con un factor psicológico.

CUADRO No. 1 NOMBRES EMPLEADOS

PARA DESIGNAR A LA ANOREXIA NERVIOSA

- | | | |
|------|----------------------------------------------------------------|-------|
| 1.- | Atrofia Nerviosa (Morton; 1869) | |
| 2.- | Consunción Nerviosa (Morton: 1869) | |
| 3.- | Anorexia Histérica (Lasegue: 1873) | |
| 4.- | Disrafia Púbera! (Kretschmer) | Disfa |
| 5.- | Apepsia Histérica (Culi: 1873) | |
| 6.- | Anorexia Nerviosa (en inglés) o Anorexia Nerviosa (Gull: 1874) | |
| 7.- | Caquexia Psieogena | |
| 8.- | Emaciación de la Pubertad | |
| 9.- | Caquexia Psicoendocrina de la Adolescencia | |
| 10.- | Anorexia Mental (Huchard) | |
| 11.- | Anorexia Psicogenética (Lafura: 1927) | |
| 12.- | Oisorexia (Tobtrup: 1952) | |

De las nominaciones que hasta el momento ha recibido la enfermedad, el popular término de "anorexia", que significa pérdida del apetito, es el menos exacto porque ni es el único síntoma ni tampoco resume la enfermedad. La falta de alimentación secundaria al mecanismo anoréxico sucede en una etapa avanzada de la enfermedad y lo que más se observa es un rechazo voluntario a comer por temor a engordar. Aparte de esto puede haber un síntoma opuesto como lo es la bulimia {6, 7) tal como se verá en los casos que reportamos.

El término de "disorexia" usado por Tolstrup (8) se acerca más a lo que clínicamente se considera como anorexia nerviosa y tiene la ventaja que reúne en una sola entidad, trastornos que aunque

clínicamente diferentes suelen presentarse juntos: Bulimia y Anorexia Nerviosa.

Diagnóstico:

El síndrome de la anorexia nerviosa de acuerdo al DSM III (4) se caracteriza por:

- A.- Miedo intenso a engordar, el cual no disminuye con la pérdida progresiva del peso.
- B.- Alteración de la imagen corporal con la incapacidad de percibir claramente el tamaño de su cuerpo.
- C.- Pérdida de peso por lo menos 25o/o del peso corporal original o si la edad es inferior a los 18 años se puede combinar la pérdida de peso original más la ganancia de peso esperada, de acuerdo con las tablas de crecimiento para formar el 25o/o.
- D.- Resistencia a mantener el peso corporal sobre un peso mínimo para la edad y estatura.
- E.- Ningún padecimiento médico que pudiera causar la pérdida de peso.

Para fines de investigación, Feighner (9) considera que la anorexia nerviosa debe llenar los siguientes criterios:

- 1.- Edad de inicio antes de los 25 años.
- 2.- Anorexia, acompañándose de pérdida de peso por lo menos 25o/o del peso corporal original.
- 3.- Una actitud intensa y distorsionada hacia el acto de comer, alimentos o peso, que es más fuerte que el hambre, los avisos, consejos y amenazas. Se manifiestan en:
 - a) Negación de la enfermedad, con una falla en reconocer las necesidades nutricionales.
 - b.) Aparente placer en bajar el peso, con una abierta manifestación de alegría al rechazar los alimentos.
 - c.) Una deseada imagen corporal extremadamente delgada, con una clara evidencia de que alcanzar ese estado es altamente gratificante.
 - d.) Inusual forma de guardar o manipular los alimentos.

4.- Ninguna enfermedad médica que pudiera causar la anorexia y la pérdida de peso.

5.- Ninguna enfermedad psiquiátrica conocida, con particular referencia a enfermedades afectivas primarias, esquizofrenia, neurosis obsesivo-compulsiva y fóbica. (Se supone el hecho que, aún cuando esto pueda parecer obsesivo o fóbico, el rechazo a los alimentos por sí solo no es suficiente para calificar para una enfermedad obsesivo-compulsiva y fóbica).

6.- Al menos dos de las siguientes manifestaciones:

- a.) Amenorrea
- b.) Lanugo
- c.) Bradicardia {persistente pulso de 60 o menos}
- d.) Periodos de hiperactividad
- e.) Episodios de bulimia
- f.) Vómitos (pueden ser autoinducidos).

Cuadro Clínico:

La anorexia nerviosa típicamente se presenta en mujeres adolescentes, aunque se han reportado casos desde los 7 a los 52 años (10, 11). Inician la enfermedad con un temor intenso a engordar por lo que emprenden dietas hipocalóricas que progresan hasta ayunos de varios días. Baján de peso en el orden de 20 a 40o/o del peso original en pocas semanas. Curiosamente el pavor a ser obesas no desaparece con la pérdida de peso y las pacientes no perciben su adelgazamiento aún cuando su estado sea de caquexia.

Los pacientes consultan en primera instancia al médico general o al internista, no por propia voluntad, ya que no se consideran enfermas, sino porque los padres se encuentran alarmados por la considerable pérdida de peso, que es atribuida por éstos y engañosamente justificada por aquellas, a una pérdida inexplicable de apetito.

Como hallazgos físicos importantes se encuentran los siguientes: Emaciación, piel seca, pigmentada difusamente e hipoturgente; hirsutismo más netorio en las extremidades; grueso lanugo facial; abdomen escaboso; lengua saburra y alitosis. Cuando los cambios físicos se encuentran bien avanzados se presenta oliguria, hipotermia, hipotensión, bradicardia. En los casos fatales existe acidosis metabólica, desequilibrio electrolítico, especialmente hipocalcemia, arritmias cardíacas, sepsis y coma (12, 13).

Psicológicamente las pacientes se pueden considerar conformistas, perfeccionistas, psicosexual y afectivamente inmaduras y muy dependientes de sus madres.

Los síntomas psicopatológicos más frecuentes son; Ideación fóbica, obsesiva y compulsiva en relación al peso y al acto de comer; distorsión del esquema corporal, percibiéndose con sobrepeso. Fuertes variaciones afectivas que van desde la "belle indifférence", hasta los estados depresivos, ansiosos y eufóricos, resultantes de sus éxitos o fracasos en conseguir su reducción ponderal, como también de su relación con su entorno familiar.

EVOLUCIÓN

Casper y Davis (15) consideran que en la evolución de la anorexia nerviosa se pueden distinguir tres fases a saber:

Fase I: La cual puede suceder meses o años antes y usualmente incluye eventos precipitantes que resultan en pérdida de su propia estima y aumento de conciencia acerca de su apariencia física.

Fase II: Durante esta fase se desarrolla la "actitud anoréxica" con un miedo irrazonable a comer, aunque da muestras de orgullo por su habilidad de perder de peso.

Isnhiv

Fase III: En esta fase se presentan los síntomas secundarios de inanición (ver cuadro No. 2) y desnutrición: pérdida de peso, hipotensión (mareos) bradicardia, hipotermia y aumento de tolerancia al calor, acrocianosis, pérdida de pelo, presencia de "lanugo", constipación, edema, nicturia, poliuria, insomnio, anorexia, hay indiferencia de los pacientes a sus cambios corporales. Requiere generalmente tratamiento hospitalario.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Las enfermedades que se acompañan con pérdida de peso tales como la Enfermedad de Simmonds (ver cuadro No. 3), Diabetes juvenil, Hipertiroidismo, Enteritis crónica, Tuberculosis y las neoplasias, deben ser descartadas, aunque ninguna de ellas se acompaña de miedo intenso a engordar o de alteraciones en el autoconocimiento de su imagen corporal. La Esquizofrenia se acompaña de patrones bizarros del comer y disminución de peso, sin embargo los síntomas psicopatológicos que la caracterizan son fácilmente diferenciables de la anorexia nerviosa.

La enfermedad fóbica, histérica, obsesivo-compulsiva y depresiva, suelen tener dentro de su cuadro temores irracionales que pueden llevarlo al rechazo de alimentos o su apetito disminuye, pero en nin-

CUADRO No. 2

CUADRO COMPARATIVO ENTRE INANICION Y ANOREXIA NERVIOSA

	INANICION	ANOREXIA NERVIOSA
ESTADO DE ANIMO	Falta de iniciativa, labilidad afectiva, poco luchador, indeciso, apariencia personal deteriorada, hambre continua.	Gran iniciativa, labilidad afectiva alternando bienestar, orgulloso de su apariencia personal, tendencia al exhibicionismo, hambre presente pero fácilmente suprimida.
CONTENIDO MENTAL	Piensa y sueña con comida, lee y conversa sobre las comidas.	Igual que la inanición, pero experimenta preocupación por pensamientos de ganar peso y continuar comiendo.
COMPORTAMIENTO AL COMER	Gustos bizarros, preferencias por comidas abultadas y calientes, recoge migajas.	Igual a la inanición pero con preferencia en comidas bajas en calorías, líquidos y carbohidratos son evitados.
NIVEL DE ACTIVIDAD	Fatiga, evita los ejercicios físicos, periodos de pasividad y aceleración.	Energía inagotable, hiperactividad, intranquilidad y aceleración.
ACTIVIDAD SEXUAL	Escasas fantasías sexuales, libido disminuida, impotencia y amenorrea.	Igual a inanición, amenorrea a menudo precede a la pérdida de peso.

CUADRO No. 4

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE Y LA ANOREXIA		HALLAZGOS TÍPICOS DE LABORATORIO BIOQUÍMICOS
CARACTERÍSTICAS	ENFERMEDAD DE SIMMONDS	
EPOCA DE APARICION	Afecta ordinariamente a los adultos y especialmente a las mujeres al término del embarazo.	Hipoalbuminemia Hiponatremia Hipocalemia Acidosis metabólica (en casos extremos) Hiper胡萝卜素emia Hipercolesterolemia
ENVEJECIMIENTO	Aparición prematura	
AMENORREA	Siempre precoz y se acompaña de atrofia de los genitales	
TRASTORNOS GÁSTRICOS	Ligeros. A menudo diarrea.	HEMATOLÓGICOS
ADELGAZAMIENTO	No está en relación a la disminución del aporte de alimentos	Anemia Leucopenia Trombocitopenia leve
CONDUCTA	Pasividad, apatía y depresión	ENDOCRINOLÓGICOS
TRATAMIENTO CON EXTRACTO HIPOFISIARIO	Eficaz	Bajos niveles de gonadotropina Respuesta retrasada a la hormona liberadora de hormona luteinizante Elevado nivel de la hormona de crecimiento Niveles de tiroxina de bajo a normal Incremento en la reversión de T3 Niveles matutinos de cortisol, de normales a elevados, sin variaciones diurnas

guna de ellas, habrá desconocimiento de su enfermedad -excepto en la depresión psicótica-, placer en bajar de peso e incapacidad de percibir claramente el tamaño de su cuerpo, como se observa en la anorexia nerviosa.

EPIDEMIOLOGÍA

Theander encontró un caso nuevo de anorexia nerviosa por 100.000 hospitalizados por año. Nylander reportó la prevalencia de un caso de anorexia nerviosa por 150 mujeres jóvenes. Crisp registró un caso por cada 100 mujeres entre 16 y 18 años en escuelas privadas (10)

La relación entre mujer y hombre con anorexia nerviosa es de 10 a 20 a 1 (10).

INVESTIGACIONES METABÓLICAS (ver cuadro No. 4)

Los hallazgos son en su mayoría secundarios a la desnutrición proteico-calórica: hypoalbuminemia, hipovitaminosis, curva de tolerancia a la glucosa aplanado e hipoplasia medular (13). La alteración de los electrolitos plasmáticos y del equilibrio ácido-básico se presentan sobre todo, en anoréxicos vomitadores o que abusan de laxantes o diuréticos (16, 17). La hipercolesterolemia -contrario a lo que se encuentra en casos de desnutrición- se ha relacionado con las dietas (consumo de alimentos

ricos en colesterol, episodios bulímicos consumiendo carbohidratos, dieta baja en calorías o movilización dramática de las grasas del organismo para suplir la energía) o con disturbios hipotalámicos (16,13).

La hipercarotinemia que se encuentra en íes anoréxicos nerviosos se ha atribuido al catabolismo disminuido de las B-lipoproteínas, al requerimiento disminuido de la vitamina A, a la dieta (espinacas, vegetales amarillos y frutas) o a un defecto adquirido en la utilización, absorción aumentada o al metabolismo alterado de la vitamina A. (16, 13).

Los niveles bajos de 3-metoxi-4 phenilglicol, metabolito de la norepinefrina encontrados en los anoréxicos, se han correlacionado con la sintomatología depresiva, con el estado nutricional precario y con la alteración en el sistema neurotrasmisor responsable de la conducta alimenticia. (18, 2). Los estudios revelan que los agonistas opioides estimulan el apetito y los antagonistas lo disminuyen. Kaye y colaboradores encontraron niveles altos de actividad opioide en el LCR de pacientes con anorexia nerviosa en estado caquéxico, considerando ellos que estos hallazgos pueden ser debidos a una respuesta compensatoria a la pérdida de peso o puede estar etiológicamente relacionados con la enfermedad (18).

Dubois y colaboradores y Holt y colaboradores demostraron la existencia de un retardo en la fase sólida y líquida del vaciamiento gástrico que clínicamente se manifiesta con sensación de inflamación y distensión estomacal y náuseas después de comer aunque sea pequeñas cantidades (2, 19, 20). Incluso una dilatación gástrica debido a un síndrome de la arteria mesentérica superior ha sido reportado (2).

Anormalidades cardiovasculares frecuentemente han sido reportadas, pero afortunadamente se normalizan cuando los pacientes mejoran: bradicardia, hipotensión, taquicardia, inversión o alargamiento de la onda-T, depresión del segmento ST y alargamiento del intervalo QT (17, 12).

INVESTIGACIONES EN DO URINOLÓGICAS (ver cuadro No. 4)

Era de esperarse que se hicieran estudios en el eje hipotalámico-hipofisiariogonadal, conociendo que la amenorrea (21) constituye un síntoma muy importante en la anorexia nerviosa (20-65o/o de las a-

rollan, antes de iniciarse la pérdida de peso). Los reportes señalan un trastorno (primario?) de la función hipotalámica: Presencia de diabetes insípida parcial en el 44o/o de los casos (13); trastornos de la termoregulación tanto en ambientes fríos como cálidos (no tiritan en el frío; y tiritar es una función hipotalámica sin relación con la cantidad de tejido adiposo (13); retraso en la liberación de hormonas hipofisiarias tras estimulación con factores hipotalámicos, niveles basales bajos de hormonas luteinizante (LH) (2), y de hormona foliculoestimulante (13) junto a respuesta cuantitativa normal al factor liberador de la gonadotropina (GRH) exógeno, sugiriendo normalidad de la hipófisis y alteración del hipotálamo; niveles de cortisol, de normales a elevados, sin variación diurna (17, 22); elevaciones de los niveles de hormona del crecimiento (CH) que aunque se ha asociado a la nutrición deficiente de calorías y proteínas, en el anoréxico los niveles de alanina y albúmina no siempre están disminuidos (2), no hay descenso tras sobrecarga de glucosa y su respuesta hiposecretora es débil con estimulación apomorfinica (IV).

En la anorexia nerviosa la función tiroidea muestra que los niveles de tiroxina (T4) varían de bajos a normales. Los niveles de la hormona estimulante de la tiroides (TSH) son normales. Sin embargo, los niveles plasmáticos de triyodotironina (T3) son bajos y se piensa que reflejan un cambio en el metabolismo periférico de T4, (por ejemplo, una reducción en la desyonzación periférica de T4 a T3 con incremento recíproco en la forma inactiva de T3) (2,13,17).

ETIOLOGÍA:

Hasta el momento no se ha logrado demostrar, en forma definitiva, una causa exclusivamente psicológica o somática en la génesis de la anorexia nerviosa; más bien ambos factores están presentes en el origen y evolución del cuadro clínico, convirtiéndola realmente en una enfermedad psicósomática.

El involucramiento del hipotálamo ha sido evidenciado por la presencia de alteraciones específicas de la función hipotalámica. Si es primaria la patología es un asunto que aun no está definido, por el hecho de que la mayoría de las alteraciones encontradas desaparecen al ganar peso o se han visto también en enfermos con mala nutrición. Sin embargo hay un reporte de anorexia nerviosa reía-

cionado con un tumor infiltrante del hipotálamo (23).

El hallazgo en pacientes con anorexia nerviosa de malformaciones urogenitales-que incluye Síndrome de Turner - (24) más frecuente de lo esperado, plantea la posibilidad de un origen genético. Esta posibilidad ha sido señalada también por Cantwell y colaboradores (25) pero relacionando la anorexia a las enfermedades afectivas.

No se ha descrito un perfil psicológico uniforme para los casos con anorexia, pero se han llegado a describir rasgos de personalidad tales como dependencia a la madre, inmadurez emocional y sexual, perfeccionismo, etc., lo mismo que evidentes trastornos psiquiátricos en su enfermedad. Se han señalado acontecimientos traumáticos como desencadenantes y transacciones familiares patológicas.

TRATAMIENTO:

Como consecuencia de no conocerse claramente los mecanismos involucrados en la anorexia nerviosa se han ensayado múltiples terapéuticas con resultados en su mayoría no convincentes, tendiendo a cronificarse y muriendo de 2 a 21.50/o de ellos. Se han ensayado hipnosis, psicoanálisis; terapia familiar, terapia electroconvulsiva, modificación de conducta, lobotomía prefrontal, gastroclisis, dietas, hospitalizaciones, clorpromacina, coma insulínico, hormonas anabólicas (26), litio (27), antidepresivos (25), intención paradójica (28), y manejo del vaciamiento gástrico anormal con bethanecol, metoclopramida y domperidone (19, 20).

REPORTE DE 3 CASOS

I

Paciente mujer de 14 años de edad que 4 meses atrás inicia voluntariamente una dieta para adelgazar por considerarse obesa, teniendo para entonces una estatura de 1.62 mts y 52 kgs de peso. Empezó eliminando los pasteles, luego otros alimentos que a su criterio eran ricos en calorías. Un mes después sus padres se ausentan, situación que aprovecha para llevar una dieta rígida con períodos de ayuno hasta por tres días. Al regresar sus padres la encuentran "hecho un esqueleto", pesando 12 kgs. menos, lo que motivó la consulta a un especialista en medicina interna, quien descartó patología endocrinología (T4, TSH, Cortisol, FSH, LH, Glicemia, Proteínas, Creatinina y BUN, normales). El examen físico y radiológico reveló una escoliosis por lo que fue intervenida en Estados Unidos de Norte América. Durante la estadía en aquel país,

la paciente cambia de un estado depresivo en que se encontraba a uno alegre, jovial y de felicidad, olvidándose incluso de su dieta. Faltando pocos días para regresar al país, ella vuelve a manifestar su preocupación por la gordura y reinicia su dieta rigurosa.

Tuve la oportunidad de tratarla 4 meses, teniendo reuniones con ella y sus padres, una vez por semana. En la primera entrevista manifiesta tener problemas con la alimentación ya que siente miedo intenso a engordar y si come, aparecen sentimientos de vergüenza y culpa. Siente hambre pero la reprime o la "disimula" leyendo o tomando agua. En ocasiones come compulsivamente grandes cantidades de galletas, pasteles, pan, y chocolates, pero inmediatamente después acusa angustia, tristeza, llanto y sentimientos de culpa. No acepta estar enferma. Aunque ella es bonita y exageradamente delgada se percibe fea y gorda, especialmente de las piernas.

Durante la enfermedad ha tenido períodos de tristeza, anhedonia, desinterés por el estudio, rechazo a los amigos y familiares, insomnio inicial, enuresis, ideas de muerte y en una ocasión intentó suicidarse al aumentar de peso.

El examen físico revela una T.A. de 100/60 mmHg, F.C. de 72 por minuto y F.R. de 15 por minuto. Pesa 38 kgs; lleva puesto un corsage de yeso que cubre tórax y abdomen y fácilmente se le cae el pelo.

Antecedentes: Desde la infancia ha manifestado sentimientos de inferioridad, timidez y fealdad. Constantemente demandó atención de sus padres y amigos. Recuerda que "siempre he oído de mi familia, amigas y compañeros frases como: gordita, estás pansona, pareces embarazada, cachetona, etc.. Fue precisamente a los 11 años cuando empezó a preocuparme la gordura. En una ocasión, al regresar de un viaje escuché comentarios de que estaba delgada y esto me hizo feliz". La madre refiere que la paciente fue una niña "modelo" y con brillante rendimiento escolar (C.I. de 147). Menarquia a los 12 años. Menstruaciones irregulares. Amenorrea de 7 meses de evolución y per tal situación se siente contenta. Rechaza los temas de sexualidad.

Existe buena armonía familiar, aunque la paciente se queja de la escasa comunicación con su padre, quien siempre está "ausente". Hay antecedente

de trastornos afectivos menores en la etapa de juventud de su padre que requirió tratamiento psiquiátrico.

Evolución: Se tuvieron sesiones de psicoterapia individual y familiar y se prescribió tratamiento con imipramina y sulpiride, lográndose mantener un peso de 47.3 Kgs, un mejor estado de ánimo y de relación interpersonal, sin embargo continuó con sus controles dietéticos y su temor a engordar.

Posterior a esta etapa continúa tratamiento con una psicóloga y un psiquiatra de su localidad, evolucionando con altos y bajos su enfermedad.

Coincidiendo con un nuevo embarazo inesperado de su madre de 37 años, la paciente espontáneamente deja las dietas y desaparece su temor a engordar. Se traslada a E.U.A. donde actualmente realiza estudios con buen suceso, desapareciendo su anorexia nerviosa.

II

Paciente mujer de 19 años con historia que dos años atrás fue ingresada a un hospital privado por presentar vómitos, dolores abdominales y pérdida de peso, descartándose patología orgánica. Para entonces ella ocultó que meses antes y coincidiendo con el ingreso a la universidad, presentó miedo a estar gorda, sentimientos de culpa después de comer, reducción progresiva de los alimentos y vómitos espontáneos y provocados. Un año después fue vista por gastroenterólogo quien le practica una serie gastroduodenal y un pielograma que son reportados normales. Pesó 50 kgs., T.A. de 100/70 mmHg y F.C. de 76 por minuto. En ese mismo año viajó a E.U.A. para "cambiar de ambiente, estudiar, escapar de la familia y hacer algo diferente a lo que hacían sus amigas. Allá me frustré, cuando no conseguía adaptarme, ni encontrar afecto. Me sentía hundida, destruida, sola, triste, sin ninguna meta, hecha una basura, fingiendo felicidad, sin deseos de vivir y por eso intenté suicidarme en dos ocasiones. Frecuentemente me encerraba en mi cuarto. No comía, aunque tuviera hambre, por miedo intenso a engordar. Me hice la ilusión que al volver a Honduras y ver mi familia iba a resolver mi problema emocional pero me siento igual".

A pesar de que es bonita y extremadamente delgada, ella se considera fea y gorda, especialmente de las piernas. Dice: "cuando me baño o me veo al espejo o veo las fotos de mi reinado, me encuentro

horrible, gorda y me pregunto como fui capaz de presentarme en público". No considera que está enferma, pero acepta que muchas de sus actitudes son infantiles para llamar la atención y teme que al aumentar de peso su familia no le prodigue el mismo afecto.

El examen físico reportó un peso de 41 kgs (se tiene la información que antes de enfermarse pesaba 57 kgs.), estatura de 1.69 mts, T.A. de 80/50 y T° de 37.0°C.

Antecedentes: Es la penúltima hija de una familia de 5 hermanos. Siempre fue una niña muy consentida y tímida. Desde los tres meses de edad presentaba rechazo por los alimentos y era necesario darle suplementos vitamínicos. Su rendimiento escolar era excelente, con excepción del primer año de secundaria que lo perdió. Recuerda la madre que siempre manifestó que sus piernas eran feas. Las relaciones familiares son buenas, pero es la madre la que lleva la autoridad y la considera dominante. La abuela y tía materna adolecen de Enfermedad Afectiva Mayor.

La menarquia fue a los 14 años; sus menstruaciones son regulares pero dolorosas y actualmente tiene 1 año de amenorrea, situación que la hace feliz. Le costó aceptar los cambios físicos de la pubertad; rechaza abiertamente lo sexual y no le llama la atención tener novio.

Evolución: Se le internó en un hospital privado porque rechazaba alimentarse y baja rápidamente de peso. Se consiguió convencerla que comiera aumentando 10 kgs de peso en 3 meses, tiempo en que estuvo en tratamiento ambulatorio. Recibió psicoterapia individual 3 veces por semana. Además de Clorimipramina y sulpiride se logró disminuir, el miedo a engordar. Ocasionalmente presentaba episodios buhmicos consumiendo grandes cantidades de pan y tortilla, reapareciendo los sentimientos de culpa, pavor a engordar y necesidad de provocarse el vómito.

Regresó a E.U.A. después de intentar suicidarse tomando tranquilizantes por la exigencia de sus padres a comer y porque la habían amenazado a no enviarla de nuevo a E.U.A. si no comía y aumentaba de peso. Al año siguiente se casó y desde entonces no ha vuelto a enfermarse. Hace algunos meses se angustió mucho al suspenderse la regla y tener vómitos, creyendo que de nuevo tenía la anorexia nerviosa, pero un gravindex positivo confirmó su actual embarazo.

III

Paciente mujer de 21 años de edad, estudiante de secundaria quien refiere que desde hace un año inicia una dieta estricta para adelgazar por considerarse obesa (media 1.72 mts y pesaba 72.7 Kgs), logrando bajar a 55 kgs en 30 días. Dos meses después se le diagnostica Hepatitis viral la cual se acompaña de disminución del apetito, vómitos y disminución progresiva de peso (49 kgs). Estudios radiológicos revelan nicho ulceroso en pared posterior del bulbo duodenal y estenosis pilórica por lo que se le prescribe cimetidina por tres semanas desapareciendo tales anormalidades. Viaja a E.U.A. y en la Clínica Oschner es sometida a evaluación médica, descartándose patología gastrointestinal y endocrina.

Al momento de verla por primera vez pesa 37 kgs. Considera que no está enferma ya que es de su propia voluntad bajar de peso, hecho que la hace sentirse feliz. Relata que tiene períodos que come con voracidad, llegándose a comer 12 tortillas, 3 platos de frijoles, pan dulce y chile en exageración, aunque después pasa varios días sin apetito. Cada vez que come aparece un miedo intenso a engordar, sintiéndose culpable, angustiada y deprimida. En forma permanente usa purgantes y se provoca vómitos.

Se considera fea y gorda especialmente de la cara y piernas y no acepta ninguna opinión contraria.

En el transcurso de la enfermedad se le ha observado períodos alternantes de angustia, histeria, depresión, hiperactividad y euforia. Manifiesta constantemente deseos de suicidarse porque su familia no la comprende y su "gordura" (37 kgs) le es insoportable.

Justifica su actitud de bajar de peso en lo siguiente: cambiar la imagen que tenía cuando consumía alcohol y drogas y la explotaban con unas fotos en que aparecía desnuda y gorda. Agregaba que al perder de peso pierde el lastre, lo sucio y malo del cuerpo y conseguía recuperar a su familia.

Estudios psicológicos reportaron "depresión severa con manifestaciones hipocondríacas e histéricas. Personalidad psicopática y un C.I. de 95". El examen físico reveló una T.A. de 80/50 mms de Hg, F.C. de 80 por minuto, lanugo y estado de caquexia.

Antecedentes: Enuresis hasta los 12 años. Desde pequeña se ha sentido rechazada por sus padres,

considerando que se inclinaban más a su hermana por ser bonita. Tímida. Drogadicción y alcoholismo intenso hasta hace dos años, al iniciar relaciones con una persona casada. Frígida. Menarquia a los 13 años, siendo sus menstruaciones irregulares con períodos de amenorreas hasta de 4 meses. Se le extirpó fibroadenoma de mama derecha.

Su madre se suicidó 5 años atrás. Padre promiscuo. Hermana con historia de alcoholismo y farmacodependencia. TÍOS maternos y paternos alcohólicos.

Evolución: Necesitó frecuentes ingreso a hospitales para mejorar su peso, controlar sus trastornos afectivos y en una ocasión por una "insuficiencia renal funcional" por abuso de laxantes. Recibió psicoterapia individual de 1 a 3 veces por semanas y se le prescribió clorpromacina, sulpiride y diacepan en diferentes períodos. Se logró mantener en un peso que oscilaba entre 47 y 51 kgs. Cinco días después de su última hospitalización se suicidó.

BIBLIOGRAFÍA

1. Luban-Piozza, B., Poldinger, W.: El enfermo psicósomático y el médico práctico. Ediciones "Roche", Suiza. 1975. pag. 81.
2. Halmi, K.: Anorexia nerviosa. Revista del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. No. 34, Vol. XIV, Julio-Dic. 1980.
3. The enigma of anorexia nerviosa. Nutrition Review/ Vol. 41, No. 4/ April 1983.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Tercera Edition (DSM-III). Febrero, 1980.
5. Lange, D.: Psychodiagnostik psychotherapie Einführung für studierende und Ärzte Stuttgart: Thieme, 1971.
6. Russel G.: Psycho. Med. 1979, 9, 429.
7. Newsletter 10. Mayo 1982.
8. Tolstrup K.: Acta paediat, 1952, 41, 360.
9. Feighner, J. et al (1972). "Diagnostic criteria for use in psychiatric resé aren". Arch Gen Psychiat. 26, 57-63.
10. Tolstrup, K.: Anorexia nervosa - a typical psychosomatic disease of puberty and adolescence. Triangle Volt 21 2/3 1982.
11. Kellett, J., Trimble, M. and thorley, A.: Anorexia Nervosa after the menopause. Brit J. Psychiat (1976), 128,555-8.
12. Brotman, A. and Stern T.: Case report of cardiovascular abnormalities in anorexia nervosa. Am J Psychiat 140:9, September 1983.

13. Lender M. and Lawrence A.: Anorexia Nerviosa. Mundo Médico, Vol I, No. 3, Sept 184. Pag 29-33.
14. Anorexia Nerviosa. Tribuna Médica. No. 1, 1978.
15. Casper, R. and Davis J.: Evolución de la anorexia nerviosa. American Journal of Psychiatry Vol 134, No. 9, Sept 1977. Pag 974-978.
16. Bhanji, S. and Mattingly, D.: Anorexia nervosa; Some observations on "dieters" and "vomitters" chofesterol and carotene. Brit J. Psychiat. (1981), 139,238-241
17. Cervera S. y Gurpegui, M: Anorexia Nerviosa. Psiquiatría Tomo II. Ediciones Toray Barcelona. 1981.
18. Kaye, W. et al.: Cerebrospinal fluid opioid in anorexia nervosa. Am J Psychiatry 139:5, May 1982.
19. Rusell, D. et al: Delayed gastric emptying and iraprovement with domperidone in a patient with anorexia nervosa. Am J Psychiatry 140:9, Septiembre 1983.
20. Holt, S. et al: Abnormal gastric emptying in primary anorexia nervosa. Brit. J Psychiat (1981), 139, 550-552.
21. Newsletter 13. Octubre 1982.
22. Zymoff, B. et al: Subnormal plasma dehydroisoandrosterone to cortisol ratio in anorexia nervosa: a second hormonal parameter of ontogenic repression J. Clin Endocrinol. Metab. 56(4):668-72, apr. 1983.
23. Weller, R, and Weller, E.: Anorexia nervosa in a patient with and infiltrating tumor of the hipotalamus. The Am J. Psychiatry 139:6, Jun 1982.
24. Halmi, K. and Rigas, C: Urogenital malformations associated with anorexia nervosa. Brit J Psychiat 112,145-8.
25. Cantwell, D. et al: Anorexia nervosa. Aren Gen Psychiatry 34:1087-1093,1977.
26. Halmi, K. et al.: Treatment of anorexia nervosa with behavior modification. Arch Gen Psychiatry. Vol 38, Jan 1975.
27. Steen, G.: Lithium in a case of severe anorexia nervosa. Br J. Psychiatry 140: 526-8, may 1982.
28. Hsu, G. and Lieberman S.: Paradoxical intention in the treatment oo chronic anorexia nervosa. Am J Psychiatry 139:5, May 1982.