
Eating Disorders Review

Noviembre/Diciembre 2015

Volumen 26, Número 6

Scott Crow, Editor en Jefe

Combatting Bone loss in Anorexia Nervosa: Nine reminders

Nueve recordatorios para combatir la pérdida ósea en la anorexia nervosa.

La pérdida ósea es una común y devastadora complicación médica de la anorexia nervosa (AN). Por lo menos, la mitad de las mujeres jóvenes con AN desarrollarán osteoporosis y la pérdida ósea, con frecuencia, ocurre relativamente de manera temprana en su enfermedad. También puede no ser completamente reversible, al menos, en los tratamientos actualmente disponibles. Es importante recordar que, tal vez, todavía no apreciamos el total impacto de la osteoporosis en la AN. Dado el incremento de la prevalencia de AN, en los últimos 40 a 50 años, la mayoría de las personas que la tienen- o la han tenido- es posible que aún no hayan alcanzado la edad, en la cual las complicaciones de la osteoporosis son más comunes y problemáticas. Por esta razón, tener más conocimiento sobre la prevención y tratamiento de la osteoporosis en la AN es extremadamente importante.

1.- La anorexia y la salud ósea: una relación compleja.

En pacientes con AN, la reabsorción ósea se incrementa sin el correspondiente aumento de la formación de hueso, conduciendo a una pérdida neta de éste. Los niveles de los marcadores de reabsorción ósea tales como el telopéptido N-terminal (NTX, por sus siglas en inglés) y la deoxipiridinolina, pueden estar elevados, pero los marcadores de formación ósea, tales como la osteocalcina no lo está (*Eur J Clin Nutr.* 2004; 1257) Debido a que una significativa pérdida ósea puede ocurrir en los inicios de la AN, incluso dentro del primer año, un diagnóstico e intervención temprana son importantes.

Una prueba de detección inicial es recomendada para todos los pacientes que han tenido AN o amenorrea por un periodo de 6 a 12 meses, o más. La Fundación de Osteoporosis recomienda examinar a todas las mujeres por debajo de los 65 años, que tengan un bajo peso (*Geriatrics.* 2000 May; 55:31) y el colegio Americano de Medicina Deportiva recomienda una prueba de detección inicial por osteoporosis en aquellos atletas, quienes tenían un antecedente de niveles bajos de estrógenos o una alimentación desordenada por 6 meses o más, o bien en aquellos con un antecedente de fracturas por estrés o cualquier fractura por un leve traumatismo (*Med Sci Sports Exerc.* 2004; 36:1985; *Med Sci Sports Exerc.* 2007; 39:1867)

2.- La masa ósea máxima se forma entre los 11 y 14 años de edad.

Mientras que la masa ósea máxima se alcanza en la tercera década de vida, del 40% al 60% de la masa ósea de las mujeres es ganada durante el aumento de formación de hueso puberal entre los 11 y los 14 años, que es también cuando los síntomas de AN frecuentemente aparecen. La relación previsible entre la densidad mineral ósea (BMD, por sus siglas en inglés y DMO en español) y la incidencia de fractura a corto plazo no es muy clara en mujeres pre menopáusicas. Por estas razones, la Sociedad Internacional para la Densitometría Clínica recomienda contra el uso de puntuaciones T para categorizar las medidas

DMO para mujeres premenopáusicas. En su lugar, la Sociedad recomienda usar puntuaciones Z, que comparan a las mujeres con una población de referencia de la misma edad. Mujeres jóvenes con puntuaciones Z bajas de DMO - 2.0 se debe categorizar como tener DMO que está "por debajo del rango esperado para la edad" y aquellos con puntuaciones Z altas- 2.0 se deben categorizar como tener DMO "dentro del rango esperado para la edad" (www.iscd.org)

Las doctoras Madhusmita Misra y Anne Klibanski de la Escuela de Medicina de Harvard señalan que hasta el 50% de las adolescentes con AN tienen puntuaciones Z menores a -1 registrados en un sitio y 11% tienen puntuaciones Z menores de -2 registradas en mínimo, un sitio más (*Clin Obstet Gynecol.* 2013; 56:722) No hay un estudio prospectivo longitudinal referente a DMO por escaneo de absorciometría ósea (DXA, por sus siglas en inglés) de rayos X de doble energía para fracturas en mujeres pre menopáusicas.

El tejido óseo está siempre en estado de cambio; hueso viejo se reabsorbe y el nuevo se establece por medio de osteocitos. Durante la infancia y la adolescencia temprana, los osteocitos establecen nuevas células de hueso más rápido de lo que son absorbidas, conduciendo a la masa ósea máxima. Esto continúa hasta los 30 años, cuando la producción ósea se ralentiza y la masa ósea se reduce después, aproximadamente 1%, cada año.

Como la Dra. Kathryn Teng, de la Clínica de Cleveland ha escrito, es esencial optimizar la masa ósea durante estos años porque, incluso mínimas diferencias en DMO, pueden tener implicaciones significativas más adelante. Ella notó que solo un incremento de un 5% en la densidad ósea significativamente decrece el riesgo de fractura, mientras que un 10% de reducción en DMO de un adulto es asociado con el doble o tripe de riesgo de una fractura (*CCJM.* 2011; 78:50) Después de la tercera década de vida, la masa ósea comienza a decrecer, acelerándose después de la menopausia, donde la tasa de pérdida ósea supera la de la formación de ésta. El fracaso para lograr una suficiente densidad ósea durante la adolescencia puede conducir a una osteopenia o a una densidad ósea entre 1 y 2.5, desviación estándar, por debajo del promedio en puntuaciones Z para adultos jóvenes del mismo género y un factor de riesgo para osteoporosis.

3.- Pacientes jóvenes con prolongada amenorrea tiene más severos y duraderos defectos óseos.

Pacientes jóvenes con AN están en un gran riesgo porque con frecuencia no han alcanzado su pico máximo de masa ósea. Más allá de mediciones bajas de DXA de DMO, los adolescentes con AN tienen una debilitada microarquitectura ósea. Por ejemplo, el volumen del hueso trabecular (esponjoso) y el grosor trabecular son más bajos y la separación trabecular mayor en niñas con AN que en los controles saludables, incluso cuando las medidas de DMO son las mismas. Este desglose y debilitamiento de la microarquitectura ósea es motivo de preocupación debido al mayor riesgo de fractura, independiente de DMO.

Mujeres jóvenes con amenorrea deben ser evaluadas para determinar si ésta es primaria (ausencia de la menstruación a la edad de 16 años) o si es secundaria (ausencia de la menstruación por más de 3 ciclos o un antecedente de amenorrea por más de seis meses) En un estudio de 73 mujeres con AN, que el tener la enfermedad por 20 meses fue un importante punto de corte: después de esto, se observó la forma más grave de osteopenia (*J Endocrinol Metab.* 2009; 95:470) El aumento de peso y la reanudación de la menstruación lleva a un aumento en DMO del 3% anual en la columna vertebral y un 2% en la cadera, comparado con una disminución del DMO de cerca de 2.5% en ambos lugares en personas que no se recuperaron. Tal como las doctoras Misra y Klibanski señalan, sin embargo, los déficits residuales pueden persistir y hacen imposible que los pacientes alcancen la densidad ósea normal.

4.- Cambios hormonales también impactan la pérdida ósea.

Los pacientes con AN también tienen importantes cambios endocrinos en los ejes hormonales que pueden afectar la pérdida ósea. Estos incluyen el eje hipotalámico pituitario gonadal, el eje de la hormona de

crecimiento, el factor de crecimiento tipo insulina (IGF-1 por sus siglas en inglés) y el eje hipotalámico pituitario adrenal (*J Clin Endocrinol Metab.* 2004; 89:4920) Muchas hormonas conocidas son impactadas por el estado energético del paciente, incluyendo péptido YY (PYY), leptina, ghrelina, insulina y adiponectina son afectadas y a su vez pueden afectar la salud ósea.

Los adolescentes con AN tienen niveles de cortisol séricos y urinarios más altos de lo normal y un incremento en el cortisol es asociado con bajo índice de masa corporal y grasa corporal, así como niveles bajos de glucosa. De acuerdo con las doctoras Misra y Klibanski ésta es una respuesta adaptativa a la desnutrición, ya que el cortisol es gluconeogénico. Sin embargo, niveles más altos de cortisol también son asociados con un bajo DMO e inversamente con los marcadores de recambio óseo (*J Clin Endocrinol Metab.* 2004; 89:4920) Estos altos niveles de cortisol son predictivos de la baja DMO en la columna y la cadera, así como de la masa magra de las extremidades inferiores en AN, lo cual también impacta en la salud ósea (*J Clin Endocrinol Metab.* 2005; 95:2580) El estado hipoestrogénico observado en la AN, resultado directo de los efectos de la amenorrea hipotalámica, se agrava aún más por los cambios en el metabolismo del estrógeno.

5.-La restauración del peso es la piedra angular del tratamiento.

De acuerdo al Dr. Teng y otros autores, la restauración del peso es la piedra angular del tratamiento para una baja DMO debido a la AN. Todos los pacientes con AN deben ser referidos con un nutricionista para desarrollar un plan de alimentación. Las metas del tratamiento para pacientes con trastornos alimentarios son diseñados para optimizar el estado nutricional del paciente, normalizar su comportamiento alimenticio, cambiar pensamientos poco saludables que mantienen el trastorno alimentario y tratar aspectos emocionales que estén contribuyendo a éste.

Restaurar el peso y por lo tanto, la menstruación son dos de los más importantes objetivos del tratamiento, porque las mujeres jóvenes con AN pueden perder del 2% al 6% de la masa ósea por cada año que la padecen. Mientras que estudios previos han demostrado que la DMO se incrementa a medida que el paciente se recupera, estudios de seguimiento a largo plazo, muestran que la pérdida en la densidad ósea puede no ser completamente reversible, incluso cuando la menstruación se reanudó y el paciente recuperó su peso.

6.- La sustitución de estrógenos es ineficaz.

A diferencia de los efectos positivos entre las mujeres posmenopáusicas, donde la terapia de estrógenos mantiene o mejora la DMO, así como ayudar en la incidencia de fracturas, el mismo patrón no ha sido visto en mujeres pre menopáusicas con osteoporosis. La sustitución de estrógenos parece tener un pequeño efecto independiente, en corregir o en prevenir la osteopenia en AN (*Eur J Endocrinol.* 2002; 146:45) Algunos investigadores reportan que esto se debe a la posibilidad de que el ciclo natural del estrógeno puede ser importante a la recuperación ósea. En mujeres posmenopáusicas, la terapia de estrógenos parece afectar la reabsorción ósea mediada por osteoclastos, pero tiene efectos ligeros sobre la formación ósea. En mujeres premenopáusicas con anorexia, en contraste, la pérdida ósea parece deberse a un único "desacoplamiento" en las funciones osteoblástica y osteoclástica, de acuerdo al Dr. Teng y otros autores (*Int J Eat Disord.* 2001; 29:11) El desacoplamiento de dichas funciones resulta en la reducción de la formación ósea y el estrógeno puede no mejorar el aumento de la resorción ósea.

El Colegio Americano de Medicina Deportiva recomienda considerar la terapia de estrógeno si hay evidencia de un declive en DMO en atletas mayores de 16 años, quienes también tienen amenorrea hipotalámica funcional persistente a pesar de la ingesta nutricional adecuada y la recuperación de peso (*Br J Sports Med.* 2014; 48:289) Sin embargo, la Sociedad también reconoce que el restablecimiento de ciclos menstruales regulares con anticonceptivos orales, no normalizará los factores metabólicos que perjudican la formación ósea, salud y rendimiento y de nuevo notar que es poco probable que el estrógeno revertirá completamente la baja DMO en estos pacientes.

7.- Los bisfosfonatos no son aprobados para pacientes pre menopáusicas con AN.

La FDA (Food Drug Administration, por sus siglas en inglés) ha aprobado el uso de bisfosfonatos sólo para mujeres premenopáusicas, quienes también están tomando glucocorticoides. Los bisfosfonatos que incrementan DMO en mujeres jóvenes con AN, pero al mismo tiempo son teratogénicos que tienen un larga vida media, lo que permite que los fármacos afecten el recambio óseo hasta después de dos años que se han dejado de tomarlos (*Am J Med.* 1997; 103:291) Para aquellos pacientes que se purgan vía el vómito, los bisfosfonatos también aumentan el riesgo de ulceraciones esofágicas. Por lo tanto, en el momento actual, los bisfosfonatos no representan una gran opción de tratamiento para la osteoporosis en pacientes con AN.

8.- Los suplementos de calcio no aumentan BMD.

La Asociación Nacional de Osteoporosis recientemente emitió una declaración en respuesta a la discusión acerca de la necesidad- o no- de suplementos de calcio. Haciendo notar que la necesidad de calcio es imprescindible para el fortalecimiento del colágeno en el tejido de los huesos y para muchas otras funciones, la Asociación recomienda intentar obtener "la cantidad diaria recomendada de calcio primero de los alimentos y complementar esto como sea necesario para compensar el déficit". (Para la completa declaración de la Asociación, ver www.osteoporosis.org) La Organización también mencionó que el calcio y la vitamina D fueron, recientemente, reafirmados por el **U.S. Dietary Guidelines Advisory Committee de 2015**, como nutrientes de interés de salud pública porque su bajo consumo ha sido asociado con consecuencias adversas para la salud.

9.- Siempre monitorear el ejercicio, particularmente en pacientes que también son atletas.

El ejercicio extenuante es un factor mayor en el mantenimiento y desarrollo normal de la masa ósea; sin embargo, el beneficio del ejercicio en la pérdida ósea, en pacientes con anorexia sigue siendo un tema de debate. La cantidad de ejercicio debe ser monitoreada para ayudar a limitar la pérdida de peso. Además, las concentraciones anormales de estradiol plasmático puede limitar el efecto positivo del ejercicio en la densidad ósea (*Calif Tissue Int.* 2000; 67:277)

Actualización: Etiquetado calórico en restaurantes.

Entre muchos de los retos de la recuperación de un trastorno alimentario está el sentirse cómodo de salir a comer a restaurantes. En la Conferencia Internacional de Trastornos Alimentarios en 2015, la Dra. Christina A. Roberto de la Escuela de Salud Pública de Harvard, Boston y Ann Haynas de la Universidad de Nevada, Reno, investigaron los efectos de la etiquetas calóricas en los menús entre 633 mujeres (edad promedio: 22 años) Las mujeres previamente completaron el Eating Disorder Examination Questionnaire. Usando una encuesta en línea, las dos investigadoras presentaron una comida representativa, con y sin información calórica. Mujeres con síntomas más marcados de un trastorno alimentario, ordenaron comidas menos densas en calorías, fueron más precisas acerca del cálculo de las calorías, estuvieron más angustiadas de comer fuera y más inclinadas a evitar restaurantes, que las mujeres sin síntomas de un desorden alimentario. Sin embargo, las etiquetas con contenidos calóricos no tuvieron un efecto adverso en ninguno de los grupos.

Usando la telemedicina para hacer llegar el tratamiento basado en la familia para adolescentes con AN

Un nuevo proyecto satisface la necesidad para los pacientes y familiares sin un buen acceso a la terapia.

Un proyecto en curso está probando el poder de la telemedicina para hacer llegar el tratamiento basado en la familia (FBT, por sus siglas en inglés) para las adolescentes con anorexia nervosa (AN) Los Drs. Kristen E. Anderson, MD, y Daniel Le Grange y tres colaboradores en la Universidad de California, San Francisco, recientemente reportaron que han completado los primeros pasos de un estudio de dos años diseñado para hacer llegar FBT a adolescentes y sus familias en áreas remotas, rurales y poco representadas de los Estados Unidos (*J Eat Disord.* 2015; 3:25)

La AN sigue siendo la enfermedad psiquiátrica más mortal, y comparado con sus pares de la misma edad, las personas con AN tienen cerca de 12 veces mayor riesgo de muerte de muchas causas, junto con 57 veces más riesgo de muerte por suicidio. FBT es actualmente el tratamiento más efectivo disponible para adolescentes con AN. Sin embargo, hay relativamente pocos FBT terapeutas en los Estados Unidos, muchos de los cuales trabajan en las áreas urbanas (hay 1 terapeuta certificada en FBT por cada 2000 adolescentes con AN en los Estados Unidos) Las familias tradicionalmente han viajado esas distancias para obtener dicha terapia.

La Dra. Anderson y su equipo están actualmente en medio de desarrollar un tratamiento para hacer frente a las necesidades de las familias y adolescentes en las áreas remotas, rurales y poco representadas de los Estados Unidos. Actualmente están reclutando adolescentes de 13 a 18 años, quienes tienen el criterio *DSM-5* para AN y están al o debajo del 87% de su peso esperado. Candidatas para el programa de telemedicina tienen que estar suficientemente estables médicamente para un tratamiento ambulatorio y si están recibiendo medicación psicotrópica, deben estar en una dosis estable, por lo menos por 8 semanas. Adolescentes que requieren hospitalización, fueron excluidos, así como si padecían psicótica u otra enfermedad mental, dependencia a las drogas y alcohol, o tener una condición física que pudiera influenciar el comer y el peso. Las adolescentes, quienes de manera previa habían tenido tratamiento FBT para AN, también fueron excluidas.

Estableciendo un portal seguro de salud.

Los investigadores han establecido un portal de salud en la "NUBE" que permitirá a los terapeutas de conectarse con las familias, vía una videoconferencia segura. Las familias participantes también serán capaces de comunicarse con el terapeuta, a través de un sistema de mensajes de texto, similar a un correo electrónico. Debido a la importancia de la confidencialidad y seguridad del paciente, los autores están usando un software compatible-HIPAA.

Una batería estándar de pruebas se llevará a cabo al inicio del estudio, a la mitad de éste, al final del tratamiento y a los 6 meses de seguimiento. Cada evaluación se completará utilizando el portal de salud de la nube con la característica de la videoconferencia. Incluso los numerosos cuestionarios serán llenados online.

La primera, de las dos series de casos, fueron completadas y la segunda, está en marcha. Los autores reportaron que el estudio ha reclutado al 80% de los pacientes y está en camino de tener reclutadas a todas las participantes para finales de Diciembre 2015. En la segunda ola del estudio, las familias tendrán acceso a una escala digital de peso, la cual podrán usar para programas online, en tiempo real, para la restauración del peso. El equipo también está enfrentando algunos problemas tecnológicos; por ejemplo, no todas las familias tienen una buena conexión a Internet o navegadores web compatibles.

Un nuevo enfoque de tratamiento conductual que tiene por objetivo la neurobiología de adultos con AN.

Terapia de familia enfocada en temperamento, cognición y comportamientos alimentarios específicos de AN.

Información acerca de que los factores neurobiológicos en la AN, pueden prolongar la enfermedad, así como las recaídas, continúa creciendo. Un grupo de la Universidad de California, San Diego, ha desarrollado un nuevo enfoque de tratamiento para adultos con AN, el cual aborda la neurobiología de la enfermedad. El Neurobiologically Enhanced With Family Eating Disorder Trait Response Treatment (NEW FED TR, por sus siglas en inglés) tiene la intención de reducir los principales síntomas entre los pacientes adultos AN, usando los enfoques conductuales para atacar los mecanismos específicos de la enfermedad.

Stephanie Knatz, PhD, y sus colegas reportaron que NEW FED TR ataca el temperamento, la cognición y los comportamientos alimentarios específicos de AN, debido a que los rasgos subyacentes son estables y generalizados, en lugar de transitorios, en las personas con AN (*Dialogues Clin Neurosci* 2015; 17:229) La técnica del NEW FED TR es usada para enseñar a los pacientes con AN, a sus familias y cuidadores a manejar los síntomas de AN, utilizando estos rasgos de manera constructiva. Los resultados de estudios con neuroimágenes sugieren que los mecanismos subyacentes en la ansiedad anticipatoria, en la insensibilidad a la recompensa y/o los déficits en la conciencia de las necesidades homeostáticas (conciencia interoceptiva) son los principales contribuyentes a la enfermedad.

Estableciendo una base neurobiológica, como una causa primaria etiológica de la AN, se reduce la culpa e incrementa la empatía, lo cual es importante para conseguir el apoyo de los pacientes y de las personas que cuidan de ellos. Estas actividades psicoeducacionales, después son seguidas por una formación para pacientes y familias en destrezas para la vida. A los pacientes les es pedido que sigan una rutina, una estructura predecible de las comidas y las colaciones o snacks, que especifican determinados tiempos, tipo de comida, los intercambios de alimento y los demás detalles que están alrededor del tiempo de comidas. Utilizando esta estructura altamente predecible y repetitiva, se aprovechan las fortalezas de personalidad de los pacientes, tales como la inhibición y el auto-control aumentados, teniendo en cuenta los déficits en la capacidad para tolerar la incertidumbre e intercambiar escenarios.

Dos etapas del tratamiento.

El tratamiento es entregado en dos fases que se llevan a cabo con el paciente y su cuidador. La primera fase es un curso intensivo de 5 días consecutivos de 8 a 9 horas de tratamiento diario. Esta fase involucra reuniones conjuntas de múltiples familias, siguiendo la teoría de que una intensa, repetida y enfocada en ejercicios experienciales en vivo son la llave para cambiar biológicamente el impulso en las conductas de evitación. El aprendizaje es maximizado por una práctica masiva y un cercano monitoreo del cumplimiento.

La segunda fase involucra sesiones semanales de pacientes ambulatorias enfocadas en el monitoreo del peso y los síntomas, a la vez de ayudar a los pacientes y sus cuidadores a practicar las herramientas aprendidas durante los 5 días de entrenamiento intensivo. A los pacientes les es pedido, seguir una rutina y una estructura predecible para las comidas y las colaciones o snacks, las cuales especifiquen determinados tiempos, alimentos, intercambios de éstos y otros detalles sobre las horas de comer.

Los autores explicaron que el concepto de neuroplasticidad sugiere que el incremento en la frecuencia e intensidad del tratamiento es esencial para lograr un cambio conductual. Por ejemplo, los tratamientos modelos para la ansiedad dictan que la intensidad, la repetitividad y el enfocarse en la práctica en "vivo" es la llave para cambiar biológicamente el impulso en las conductas de evitación. De acuerdo a los autores, una posible razón para el fracaso con los actuales enfoques de tratamiento para AN es que el formato de una vez a la semana no es, simplemente, lo suficientemente repetitivo.

Un programa dirigido a adultos.

Mientras que la terapia basada en la familia es útil para los adolescentes para enfocarse en la restauración del peso, con el empoderamiento de la familia para tomar el control de la realimentación, implementar esto, obviamente es difícil en los adultos. Sin embargo, el apoyo a la participación de los cuidadores para adultos con AN está creciendo. Por ejemplo, "Parejas Unidas en el Tratamiento para AN",

basados en una terapia conductivo conductual para parejas, está demostrando una promesa por mejorar la comunicación y reduce el estrés marital. Los pacientes y sus cuidadores aprenden acerca de la base neurobiológica de la AN y las maneras más efectivas de responder a y manejar los síntomas. También aprenden herramientas para ayudar a reducir la restricción por hacer dieta y las preocupaciones sobre la recuperación de la forma alrededor de las comidas. Por ejemplo, los cuidadores aprenden a establecer una rutina previa a las comidas que distraiga al paciente de los estados internos negativos, los cuales se anticipan a los efectos de la comida y reduce la ansiedad con respecto a la exposición a la comida. El entrenador de comida ayuda a los cuidadores a redirigir a los pacientes de preocuparse cuando la ansiedad o las obsesiones ocurren, invariablemente.

Los autores reportaron que un ensayo clínico en múltiples sitios está en camino para desarrollar y evaluar la eficiencia del programa de tratamiento NEW FEF TR, con seis intensos programas multifamiliares planificados a lo largo de 2015. Este enfoque parece reflejar una aproximación revisada para el desarrollo de un tratamiento con el apoyo de los Institutos Nacionales de Salud Mental, en el que el diseño del tratamiento se guía por los aspectos neurobiológicos o psicofisiológicos subyacentes de la enfermedad. NEW FED TR parece ser un primer intento de poner este nuevo enfoque a la práctica.

El aumento de los trastornos alimentarios en Asia.

Las tendencias no imitan al occidente, sino que son únicas a cada zona geográfica.

Dos investigadores de la Universidad de Columbia reportaron que la creciente incidencia de los trastornos alimentarios en países asiáticos no se debe solamente a la "occidentalización", sino que con mayor frecuencia se deben a fuerzas independientes de las influencias occidentales.

Las doctoras Kathleen M. Pike y Patricia E. Dunne del Instituto de Psiquiatría del Estado de Nueva York han escrito una revisión muy cuidadosa y exhaustiva del aumento de los trastornos alimentarios en Asia, incluyendo Japón, China, Malasia y la India. Sus conclusiones generales demuestran que los desórdenes alimentarios no son "basados en la cultura o de una cultura específica, sino más bien son una reacción a la cultura" (*J Eat Disord.* 2015; 3:33)

De acuerdo con las autoras, el incremento de una alimentación desordenada a lo largo de Asia es, de hecho, un resultado de las transformaciones culturales de cada país, incluyendo el incremento de la industrialización y la urbanización, cambios en la población y en el suministro de alimentos, los nuevos roles de género, así como las alteraciones en las estructuras familiares tradicionales. Los trastornos alimentarios se han propagado conjuntamente con los cambios económicos, liderados por Japón, luego por Hong Kong, Singapur, Taiwan, y Corea del Sur, de acuerdo con las autoras. Aquí algunas de esas tendencias:

Japón: un relativamente estable incremento en trastornos alimentarios.

La proliferación de los trastornos alimentarios en Japón, coincide con la industrialización y la urbanización, así como cambios en el rol de género y en la familia tradicional. La mayoría de los desórdenes alimentarios se reportan entre niñas adolescentes, las estimaciones de prevalencia oscilan de 25.2 a 30.7 casos por 100, 000 habitantes. De acuerdo a las autoras, mientras que las formas convencionales de anorexia nervosa (AN) han sido la norma, diferencias únicas entre los individuos han aparecido. Por ejemplo, en un estudio de pacientes con AN, tres grupos distintos aparecen: 200 mujeres tenían una AN típica, 86 tenían anorexia nervosa con fobia a engordar y 97 tenían AN relacionada solo con la forma del cuerpo y el peso. Los tres grupos tuvieron diferencias en la duración de la enfermedad, en el rango del índice de masa corporal y en los resultados de EAT (*Int J Eat Disord.* 2011; 1:130)

Singapur: el fracaso de un programa bien intencionado.

Comenzando en los años noventa, los trastornos alimentarios se hicieron cada vez más comunes en Singapur, de acuerdo con las doctoras Pike y Dunne. La insatisfacción corporal ha sido particularmente común entre estudiantes universitarias y en chicas singapurenses-chinas, aunque las tasas son relativamente más bajas que en el occidente. En una revisión de 8 años de personas con AN tratadas en una clínica para trastornos alimentarios, la gran mayoría fueron mujeres, los hombres representaron el 8.7% de los pacientes vistos entre 1994 a 2002. Los Malayos representaron el 4.5% de los casos, comparado con el 84.1 que eran chinos y un 7.9% Hindús.

En un intento por abordar las tasas de aumento de la obesidad en niños de edad escolar, el gobierno de Singapur estableció un programa escolar obligatorio (que finalmente fracasado) de pérdida de peso, "Trim and Fit". El estigma social y las burlas de sus compañeros condenaron el programa al fracaso e incluso pudo haber contribuido a un aumento de los trastornos alimentarios en los niños vulnerables. Un resultado del programa fue que el 11% de los individuos pacientes de AN observados durante 1994-2002 habían participado en el programa y reportaron estigma social como resultado de ello.

Hong Kong: una forma única de AN.

En su investigación de los trastornos alimentarios en Hong Kong, las autoras encontraron una variación de AN, en la cual la usual fobia a la grasa y una imagen corporal distorsionada estaban ausentes, muy diferente al patrón, generalmente visto, en pacientes occidentales. En esta forma de AN, los pacientes atribuyeron su restricción de la ingesta de alimentos únicamente a las quejas somáticas, como distensión abdominal, dolor abdominal/estomacal o falta de hambre/apetito (*Int J Eat Disord.* 2003; 3:423) También a diferencia del caso de los pacientes típicos de la anorexia nervosa en Occidente, estos pacientes presentaban menos síntomas bulímicos y tendían a tener un IMC pre-mórbido inferior. Con el tiempo, reportes de este tipo de AN ha decrecido, mientras que la bulimia nervosa y la AN con fobia a la grasa han aumentado constantemente.

Corea del sur, China y Tailandia.

En Corea del Sur, los incrementos en las tasas de desórdenes alimentarios y factores asociados ocurren conjuntamente con los dramáticos y generalizados cambios sociales de principios de los años 60 hasta el final de los 90, coincidiendo con la rápida aceleración económica del país. Aunque los trastornos alimentarios reportados en los surcoreanos tienen perfiles clínicos similares a los occidentales, la insatisfacción corporal y la internalización del ideal de delgadez pueden ser más extendidos en Corea que en el Occidente, de acuerdo a las autoras. Otro hallazgo interesante de un estudio de tres generaciones de mujeres coreanas (incluyendo un grupo de coreano-americanas) sugiere que los valores tradicionales de los coreanos pueden, inadvertidamente, promover los trastornos alimentarios, debido a un "énfasis en la apariencia, en lugar de las habilidad o el talento, como el factor crucial para el éxito de una mujer en el matrimonio o en una carrera profesional" (*Int J Eat Disord.* 2006; 39:198)

Entre mujeres de China continental, un significativo, y más reciente incremento en trastornos alimentarios ha surgido. Las doctoras Pike y Dunne apuntaron que los primeros reportes de trastornos alimentarios en la China continental aparecen en los inicios de los años 90 y el distintivo "miedo a la gordura" era el estímulo subyacente. Después, la migración masiva de las zonas rurales a las ciudades y los efectos de la transformación sociocultural, incluyendo el estrés económico y la competencia, resultaron en muchos de los casos reportados más tarde. Otros factores incluyen preocupaciones acerca de la forma corporal y el tamaño, la preferencia por un cuerpo delgado, una historia de abuso infantil, elevados niveles de ansiedad y nuevas relaciones hostiles con las figuras parentales. Como los estudios comunitarios recientes y de mayor escala han concluido, la incidencia de trastornos alimentarios puede ser relativamente baja, pero los trastornos alimentarios subclínicos y/o parciales, así como las conductas alimentarias inadaptadas están muy extendidas.

Los resultados de un estudio en 1999, dio un buen ejemplo de los efectos de la industrialización sobre los trastornos alimentarios cuando comparó tres grupos: niñas de secundaria de la ciudad de Hong Kong, otras viviendo en la gran zona rural de la provincia de Hunan y niñas de la misma edad viviendo en Shenzhen, una área semi rural y en crecimiento. Las niñas de Hong Kong tuvieron los trastornos alimentarios más marcados, seguidos por las niñas de Shenzhen y al final las de la provincia de Hunan (*Int J Eat Disord.* 1999; 1:505)

Fiyi, Pakistán y Taiwan: los efectos de los medios.

Tradicionalmente, el ideal fiyiano de la belleza era un cuerpo femenino de forma robusta y los trastornos alimentarios eran tan raros que solo un caso fue reportado a mitad de los años 90. Sin embargo, una vez que los medios de comunicación occidentales, especialmente la televisión, fueron accesibles en los años 90, casos de desórdenes alimentarios surgieron entre mujeres étnicas fiyianas. La tendencia continúa actualmente y un específico modelo de comportamiento, referente a los personajes de la televisión occidental, podría reflejar el deseo de las mujeres de posicionarse a sí mismas, competitivamente, en su cultura rápidamente cambiante. Los hombres fiyianos reportaron una creciente presión por alcanzar un cuerpo musculoso ideal. Estudios de Becker y sus colegas sobre la prevalencia de los síntomas de trastornos alimentarios antes y después de la llegada de la televisión occidental, son con frecuencia citados como evidencia del papel de los medios en el desarrollo de los desórdenes alimentarios (*Cult Med Psychiatry.* 2004; 28:533) El trabajo de la Dra. Becker es muy importante porque ha estudiado los trastornos alimentarios y la imagen corporal en Fiyi, antes de que la televisión llegara a la isla.

En Pakistán, una sociedad más conservadora, tradicionalmente cerrada y con menos exposición a los medios occidentales, a la moda y la publicidad, ha sido afectada por la creciente industrialización y modernidad. Hombres, al igual que las mujeres, pueden estar enfrentando un creciente riesgo de desarrollar trastornos alimentarios. En un estudio de 2008 que examinó el trastorno dismórfico corporal con una muestra de 156 estudiantes de medicina (poco más de la mitad fueron mujeres) reveló que el 78.8 de los estudiantes tenían algún grado de insatisfacción con sus cuerpos. "Estar gordos" fue una preocupación para el 40.4% de las mujeres, mientras que los hombres estaban más preocupados por estar demasiado delgados (*BMC Psychiatry.* 2008; 8:20)

En contraste con la evidencia del incremento de los riesgos de la exposición mediática y el aumento de la incidencia de los trastornos alimentarios, datos de Taiwan sugieren que los trastornos alimentarios clínicos son menos comunes que en los países occidentales. Sin embargo, factores de riesgo asociados con el desarrollo de los desórdenes alimentarios, tales como la insatisfacción corporal y el hacer dietas, se están incrementando y pueden ahora ser comunes entre adolescentes y adultos jóvenes. Las adolescentes más jóvenes tenían más posibilidades de ver televisión, usar Internet y también hacer un refrigerio mientras miraba la televisión, incrementando la exposición a los medios y con ello, el riesgo a ser expuestas al ideal de delgadez.

Los autores concluyeron que incluso a medida que los países asiáticos se urbanizan y se desarrollan, no podemos asumir que cada país seguirá automáticamente el camino de los países occidentalizados hacia una mayor obesidad y aumento de los trastornos alimentarios.

Analizando el costo del tratamiento hospitalario para anorexia nervosa.

Un estudio canadiense reciente da luz a los costos del tratamiento de hospitalización para anorexia nervosa, así como para costos de cuidado y sociales.

El tratamiento hospitalario es la opción para los adolescentes, médicamente, inestables con anorexia nervosa (AN). Sin embargo, una desventaja es que tales estancias pueden ser tanto largas, como costosas. La hospitalización puede tener un impacto en el desarrollo normal del adolescente e interferir en su funcionamiento académico y social. Los familiares y cuidadores enfrentan altos niveles de estrés psicológico y financiero.

Notando que el impacto económico de los trastornos alimentarios es grande, pero poco investigado, Alene Toulany, MD y sus colegas de la Universidad de Toronto diseñaron un estudio cohorte, involucrando a todas las pacientes adolescentes entre 12 a 18 años de edad, quienes fueron admitidas para tratamiento de AN en un programa terciario para trastornos alimentarios para niños y adolescentes en Toronto entre Septiembre 1, 2011 a Marzo 31, 2013 (*CMAJ Open*. 2015. doi: 10.97778/cmajo.20140086; publicado online)

Los datos recolectados de 73 adolescentes fueron incluidos en este estudio. Los investigadores recolectaron datos de la edad del paciente, sexo, lugar de residencia, presencia y edad de los hermanos, el índice de masa corporal del paciente (IMC, kg/m²), comorbilidades, duración de los síntomas de AN, tratamientos previos de la misma, duración de las estancias hospitalarias y el tiempo de espera en la lista para admisión. Además, el equipo estimó los costos de cuidado asociados con las visitas al hospital.

Muchos de los adolescentes (89%) fueron mujeres y la edad promedio fue de 15.2 años. El promedio de IMC de los 73 participantes fue de 16.1 (rango: 11.3 a 26.2 kg/m²) Muchos de los pacientes fueron admitidos a la unidad de hospitalización directamente de la unidad de urgencias del mismo hospital o de cualquier otra. Treinta por ciento tuvieron al menos una comorbilidad diagnosticada médicamente y un 34% tenían, al menos, el diagnóstico de una comorbilidad psiquiátrica al momento de la admisión. El promedio en la duración que el paciente estuvo en el hospital fue de 37.9 días y el rango de hospitalización fue de 9 a 153 días.

Basados en la estancia principal en el hospital de 37.9 días, los autores estimaron que el hospital, el cuidado y el total de los costos sociales (en dólares canadienses) en \$1450 por día admitidos (\$355 por el hospital, \$95 por cuidado respectivamente)

La importancia del índice de masa corporal en la admisión.

El IMC de los pacientes al momento de la admisión fue el único indicador individual significativo de los costos del hospital, de acuerdo con el Dr. Toulany. Por cada aumento en la unidad en el IMC, los autores encontraron una disminución del 15.7% en el costo hospitalario medio total, después de controlar el tiempo de espera entre la referencia y el inicio del tratamiento hospitalario. En un segundo modelo que incluye tratamientos previos por AN y condiciones comórbidas médicas, el IMC fue una vez más el único indicador significativo de los costos.

Desde una perspectiva social, el costo de hospitalización promedio para la AN es de \$54, 932 (en dólares canadienses) La perspectiva social es menos utilizada en tales análisis que la perspectiva de una tercera parte que realiza el pago (los cuales sólo contabilizan los costos médicos, no los costos para la familia y el paciente) Utilizar la perspectiva social es uno de los puntos fuertes en este estudio, ya que proporciona una imagen de los costos informados aquí dentro del rango descrito anteriormente.

Una importante implicación de este estudio es que detectando casos de manera más temprana e iniciando el tratamiento más pronto durante el transcurso de la pérdida de peso, parece disminuir los costos. Esto parece conformar un caso sólido para un tratamiento temprano intensivo.

Es la microestructura del cerebro importante en AN?

Un estudio examina el papel de la corteza cingulada subcallos.

Cada vez más los investigadores están explorando el cerebro para encontrar las claves para el desarrollo de la anorexia nervosa (AN). Dentro del cerebro, la corteza cingulada subcallos (SCC, por sus siglas en inglés) regula el afecto, y por lo tanto puede tener un papel en la fisiopatología de la AN.

Las técnicas de imagen de resonancia magnética desarrolladas recientemente, como las imágenes de tensor de difusión, permiten a los investigadores evaluar si las conexiones de materia blanca están intactas o se han interrumpido. Un grupo de neurocientíficos y psicólogos en la Universidad de Toronto usaron recientemente una difusión por resonancia magnética (dMRI, por sus siglas en inglés) y una tractografía multi tensor para comparar las conexiones anatómicas y los microcircuitos entre 8 mujeres con resistencia al tratamiento de AN y 8 sexo y edad emparejados con controles sanos. Las mujeres con AN también fueron clínicamente evaluadas antes y después de la profunda estimulación cerebral (*Brain Stimulation*. 2015; 8:758) Todos los sujetos fueron sometidos a la implantación de electrodos bilaterales en el SCC seguido de una imagen de resonancia magnética.

Diferentes patrones en individuos saludables y pacientes.

Tal como los autores lo reportaron, la conectividad subcallos fue diferente entre los pacientes con AN y los controles. Las más marcadas diferencias fue el aumento de la conectividad con la corteza parietal ipsilateral y disminución en la conectividad con el tálamo bilateral en los pacientes con AN. Los escaneos también mostraron muchas regiones, igualmente, conectadas en ambos grupos de sujetos.

La principal relación entre las mediciones clínicas de la afectividad y la dMRI fueron percibidas en el cruce del fórnix izquierdo, el fascículo occipital- frontal inferior (IFO, por sus siglas en inglés), la cápsula interna derecha o el brazo anterior de la cápsula interna, o ALIC- por sus siglas en inglés, entre pacientes con AN. Las anomalías eran consistentes con un papel central del procesamiento afectivo disfuncional y amplios cambios clínicos, particularmente en el procesamiento del estímulo afectivo, auto-percepción e interocepción, de acuerdo con el Dr. Dave J. Hayes y sus colegas.

Los hallazgos se deben ver como preliminares y la muestra fue pequeña- pero entre aquellos con AN, diferencias en conectividad y circuitos intactos fueron vistas. Además, las métricas de dMRI predijeron una respuesta de la estimulación cerebral profunda. Los autores estuvieron correctos en notar que tales hallazgos preliminares pueden apuntar el camino hacia el desarrollo de sofisticados predictores de respuesta al tratamiento.

Rastreando los desencadenantes de la purga entre los pacientes con anorexia nervosa.

Un estudio de varios centros destacó el impacto de los episodios por atracón.

En un estudio reciente de mujeres adultas con anorexia nervosa, el atracón de grandes cantidades de comida fue el más fuerte indicador de las purgas, desafiando la idea de que la pérdida de control es el aspecto más importante de angustia en la bulimia nervosa y el desorden por atracón. Los investigadores concluyeron que ambas, la pérdida de control y el comer en exceso parecen ser los determinantes más importantes para la purga en los pacientes con AN.

Un estudio de varios centros, liderado por Andrea B. Goldschmidt, PhD, de la Universidad de Chicago, estudió factores conductuales, emocionales y situacionales de la purga entre 118 mujeres con AN (*Int J*

Eat Disord. 2015; 48:341) Las mujeres completaron un protocolo de evaluación de dos semanas, incluyendo informes personales diarios de su alimentación desordenada, estado de ánimo y eventos estresantes. Previamente al estudio, las mujeres pasaron dos días practicando, para aumentar su familiaridad con el protocolo. Utilizando una computadora móvil, las mujeres registraron su estado de ánimo, eventos estresantes y comportamientos después del episodio por atracón o comportamientos de AN, tales como el atracón o la purga.

Las mujeres respondieron a 6 instrucciones diarias, semi-aleatorias, dadas por los investigadores, las cuales ocurrieron cada 2 o 3 horas de 8am a 10pm. Las mujeres también fueron entrenadas en definiciones estándares de eventos por el staff de los investigadores e informaron de todos los chequeos corporales y comportamientos de purga. Una versión abreviada de la forma de Positive and Negative Affect Schedule-Expanded (PANAS-X, por sus siglas en inglés) facultó a los participantes para calificar cada reacción (tales como nerviosismo o disgusto) en la escala Likert de 5 puntos, oscilando de "para nada" a "extremadamente". Las participantes también registraron los eventos estresantes que ocurrieron durante el tiempo del último registro.

Un hallazgo inesperado.

Los investigadores examinaron cerca de 6,000 eventos alimentarios de todos los registrados, incluyendo 367 de reportes personales de episodios por atracón y 537 episodios de pérdida de control, 152 de comer en exceso y 4,584 episodios que no incluían ni pérdida de control o ni de comer en exceso (NE, por sus siglas en inglés) El afecto negativo predijo purgas después de NE. Un total de 112 episodios de purga (34% de todos los episodios de purga) fueron registrados después de NE.

El hallazgo de que los reportes personales de los atracones pueden-fuertemente- predecir la purga, no se correlaciona con la hipótesis de los autores de que la pérdida de control podría ser asociada con la purga. Estudios anteriores no habían incluido participantes con AN, y por lo tanto, los hallazgos sugieren que el atracón puede diferir entre los subgrupos diagnósticos de TCA. La percepción subjetiva de la paciente de que ella ha consumido una "excesiva" cantidad de comida, puede ser particularmente importante en la AN, de acuerdo a los autores.

Un intervención utilizando un "videojuego serio" antes de la terapia cognitivo conductual (CBT, por sus siglas en inglés) para bulimia nervosa.

Un paciente redujo la impulsividad y el atracón, enormemente.

La impulsividad es una característica común en la bulimia nervosa (BN) La tríada de la desinhibición conductual, la toma de decisiones impulsiva y la disregulación emocional con frecuencia predicen las tasas de recaída y abandono de tratamiento. Un grupo en España, recientemente, utilizó sesiones con un videojuego "serio" previa a la terapia cognitivo conductual (CBT, por sus siglas en inglés) para el tratamiento exitoso de una mujer de 34 años con BN (*Frontiers in Psychology.* 2015; July doi:10.3389/fpsyg.2015.00982)

A diferencia de los videojuegos convencionales, los cuales están diseñados para entretener, los videojuegos serios son diseñados para ayudar a mejorar las habilidades, actitudes y conocimiento. Por ejemplo, Playmancer™, un videojuego serio, que fue desarrollado para mejorar la regulación emocional e impulsividad en desórdenes mentales específicos y su uso actual por profesionales en el Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, España, para tratar pacientes con trastornos alimentarios y adicciones.

Una paciente de 34 años, con atracones y purgas diarias.

Cristina Giner-Bartolomé y sus colegas recientemente reportaron el caso de una mujer casada con dos hijos, con una historia anterior de problemas de abuso de sustancias hasta que tuvo 21, cuando recibió tratamiento psicológico. Con cada uno de sus embarazos, la paciente había aumentado constantemente de peso, hasta que su índice de masa corporal (IMC) fue de 34 kg/m². Durante los tres meses previos a que entrara en el estudio de los autores, reportó tener atracones diariamente seguidos de sentimiento de desesperanza y culpa, con episodios de vómito. También mostró algunos rasgos clásicos de Cluster B de personalidad, con niveles altos de impulsividad, baja tolerancia a la frustración y una pobre regulación emocional. También la mujer tuvo brotes ocasionales de comprar compulsivamente. Ella había sido tratada con fluoxetina, durante los últimos 6 meses.

En la línea de base, los autores obtuvieron información inicial psicométrica y neurofisiológica, enfocándose en los niveles de impulsividad medidos con el Conner's Continuous Performance II (CPT II, por sus siglas en inglés), en conjunto con el Iowa Gambling Task (IGT, por sus siglas en inglés), el cual evalúa la toma de decisiones, riesgo y recompensa, así como el castigo. Los síntomas al comer y al momento de la purga fueron registrados en diarios alimentarios guardados por la paciente. Otros cuestionarios psicométricos incluyendo el Eating Disorder Inventory 2 (ED-2 por sus siglas en inglés) y el State-Trait Anxiety inventory (STAI-S-T, por sus siglas en inglés)

En una segunda etapa del estudio, implicó 3 semanas de uso del videojuego Palymaner. Nueve sesiones de 26 minutos cada una fueron llevadas a cabo y estos 26 se desglosaron de la siguiente manera: 3 minutos de música relajante, 20 minutos de videojuego y 3 minutos de música relajante. Al final de esta etapa, los autores, una vez más aplicaron el CPT II.

Una semana después de terminar la primera intervención con el videojuego, los autores midieron, una vez más las variables psicométricas y los niveles de impulsividad (CPTII) Un semana después de haber terminado la intervención con el videojuego, la paciente comenzó con una terapia grupal cognitivo conductual (TCC) Tres semanas después de completar la fase de TCC, los autores aplicaron nuevamente pruebas neurofisiológicas y psicométricas. Durante cada una de las etapas del tratamiento, los autores registraron los síntomas relacionados con el comportamiento alimentario, incluyendo la frecuencia del atracón y el vómito.

Al final del tratamiento, la paciente tuvo bajos niveles de la búsqueda de novedad, pocos errores de comisión, incrementó su habilidad para tomar decisiones, así como pocos episodios por atracón (el promedio semanal cayó del 14.0 al 0.7) Los autores observaron que futuras investigaciones pueden replicar su estudio con una mayor muestra de pacientes y agregar un grupo control. Aunque la paciente estaba recibiendo antidepresivos, no hubo cambios en su medicación.

Preguntas y respuestas: ¿Bulimia nervosa y dilatación gástrica aguda.?

Q. Una de mis pacientes con bulimia nervosa (BN) tiene problemas terribles con la motilidad gástrica. ¿Hay alguna preocupación sobre esta condición en los pacientes con trastornos alimentarios? (DL, Pittsburg, PA)

A. Dos casos recientes ilustran la seriedad de la dilatación gástrica y la necrosis gástrica, las cuales pueden ocurrir en pacientes con BN- y también en la anorexia nervosa (AN)- quienes consumen una gran cantidad de comida en poco tiempo.

Un equipo español de gastroenterólogos, recientemente, registró un caso de necrosis gástrica seguido de

una dilatación gástrica aguda. El Dr. Jorge-Navarrete-Panach y sus colegas trataron a una mujer de 36 años, quien se presentó en la sala de emergencias de su hospital con un repentino dolor epigástrico a lo largo de todo el abdomen (*Rev Esp Enferm Dig.* 2015; 107:577) Veinticuatro horas antes de que fuera admitida, la mujer había comido una gran cantidad de comida de una sentada. Cuando fue examinada, su abdomen esta adolorido y distendido, son señales de una irritación peritoneal. Un completo conteo sanguíneo mostró una leucocitosis neutrofílica sin trastorno electrolítico y placas de rayos X abdominales, así como tomografías computarizadas abdominales mostraron un masivo y dilatado estómago, desde el diafragma hasta el hueso ilíaco.

Debido al deterioro progresivo de la paciente, se le practicó una cirugía de emergencia, con una gastrectomía total y esofagoplastía. Una extensiva necrosis de la pared posterior y el fundus gástrico, así como necrosis irregular fueron detectadas a lo largo de la gran curvatura. El espécimen de la gastrectomía total fue dilatada masivamente y necrótica, midiendo 40cm a lo largo de la gran curvatura y 11cm a lo largo de la menor. Después de la cirugía, la paciente fue evaluada por un equipo de psiquiatras y admitida para el tratamiento por sus trastornos alimentarios. Ella no tuvo complicaciones más adelante.

En un segundo caso, registrado por el Dr. Seung-Mok Youm y sus compañeros anesthesiólogos en Corea el Sur, una mujer de 21 años con un antecedente de BN, llegó a la sala de emergencia quejándose de un severo dolor abdominal después de haber hecho una gran comida 5 horas antes (*Korean J Anesthesiol* 2015 Apr; 68(2):188-92. doi:10.4097/kjae.2015.68.2.188. Epub 2015 Mar 30) A su llegada a la sala de emergencia, una distensión abdominal extrema fue detectada y las piernas de la paciente cambiaron de color; ella, había tenido un antecedente de BN y AN, y un relativamente bajo índice de masa corporal (18.44 kg/m²) Una tomografía computarizada (CT scans, por sus siglas en inglés) mostró una severa dilatación gástrica, por lo que se sospechaba de un síndrome compartimental abdominal, así que una laparotomía de emergencia fue programada. Un colapso hemodinámico se desarrolló justo después del inicio de la operación. A pesar de una activa resucitación por 29 minutos, la paciente no se recuperó.

El Dr. Youm y sus colegas atribuyeron la causa de la muerte a una liberación sostenida de una gran cantidad inesperada de potasio en el torrente sanguíneo del tejido isquémico. Una lesión renal aguda podría haberse desarrollado, ya que su producción de orina era casi de cero durante un par de horas. El equipo de emergencia no pudo predecir la hiperpotasemia letal, ya que los resultados del análisis de electrolitos del paciente- en la sala de emergencia-fue casi normal y no había casos registrados de una aguda dilatación gástrica con una hiperpotasemia fatal.

Una dilatación gástrica aguda es raramente registrada y la necrosis gástrica es tan poco común porque el estómago tiene un suministro muy rico de sangre. Esta rara complicación de un trastorno alimentario puede ocurrir después de una gran ingesta de comida en un periodo corto. Cerca del 60% de los pacientes con AN o BN han alterado la movilidad gástrica, lo cual los coloca en riesgo para desarrollar una severa dilatación gástrica, como en los dos casos anteriores. Incluso en el caso de una severa dilatación gástrica sin necrosis o perforación, la mortalidad puede alcanzar más del 15%, por lo cual es importante monitorear de manera cercana a estos pacientes después de una cirugía de descompresión.

—SC

En el próximo número Enero/Febrero

Enero/Febrero 2016
Volumen 27, Número 1

¿Cómo el cuidado asequible y los de FREED están afectando el tratamiento de trastornos alimentarios?

A través de los años, tener una cobertura de seguro para tratamiento ha sido una gran barrera para muchos pacientes con trastornos alimentarios y sus familias. Muchas de ellas han enfrentado el dilema de los altos costos para el cuidado y la negativa de cobertura. Cómo dos actos nacionales y la expansión de la cobertura de seguro de Missouri han cambiado el panorama. ¿Qué hay adelante y la situación continuará mejorando?

Además

- ¿Son los testimonios sobre trastornos alimentarios útiles para los pacientes?
- Una perspectiva sobre el diagnóstico y el tratamiento para adolescentes con AN.
- Una estimulación magnética transcraneal repetitiva para mujeres obesas.
- Trayectorias del desarrollo de los síntomas bulímicos entre las jóvenes.
- Tendencias en las tarifas de hospitalización en la Gran Bretaña.
- Y mucho más.

También en este número

Noviembre/Diciembre 2015 Volumen 26, Número 6

- Usando la telemedicina para hacer llegar el tratamiento basado en la familia para adolescentes con AN.
- Un nuevo enfoque de tratamiento conductual que tiene por objeto la neurobiología de adultos con AN.
- El aumento de los trastornos alimentarios en Asia.
- Analizando el costo del tratamiento hospitalario para anorexia nervosa.
- Medir la angustia de la pareja de un paciente adulto con AN.
- ¿Es la microestructura del cerebro importante en AN?
- Un punto de mira en el peso y patrones de alimentación desordenada.
- Rastreado los desencadenantes de la purga entre los pacientes con anorexia nervosa.
- Oxitocina intranasal disminuye la ingesta de alimentos, mejora la cognición social entre pacientes con bulimia.
- Una intervención utilizando un "videojuego serio" antes de la terapia cognitivo conductual para bulimia nervosa.
- Preguntas y respuestas: bulimia nervosa y dilatación gástrica aguda.

Reimpreso para: *Eating disorders Review*

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com