
Eating Disorders Review

Julio/Agosto 2018

Volumen 30, Número 4

Scott Crow, Editor en Jefe

Manejo de la baja densidad mineral ósea en adolescentes con trastornos de la alimentación:

Revisión de la Fisiopatología, Modalidades Diagnósticas y Tratamiento

Erin Knopf, MD and Philip S. Mehler, MD
Eating Recovery Center, Denver, Colorado

Las complicaciones médicas se detectan con frecuencia en pacientes con anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN).¹ La pérdida de la densidad mineral ósea (DMO), aunque no suele ser el foco inicial del tratamiento del trastorno alimentario, puede persistir mucho después de la aparente recuperación de la AN. Es una consecuencia bien establecida de la mala ingesta nutricional y es particularmente preocupante para los cuerpos en desarrollo de pacientes adolescentes. La adolescencia es un momento crítico para el desarrollo óseo, porque entre el 40% y el 60% de la masa ósea máxima se acumula durante estos años.² Desafortunadamente, la edad máxima de inicio de la AN, también ocurre durante la adolescencia. El tiempo de inicio, tipo y duración del trastorno alimentario, así como el grado de déficit nutricional, determinará si la masa ósea máxima adulta se podría alcanzar. Dado que la baja densidad ósea se asocia con mayor frecuencia con la AN, la BN no se considera un factor de riesgo.¹ Si la acumulación ósea se interrumpe por la desnutrición asociada con la AN, pueden producirse secuelas adversas de por vida a la salud ósea. Estos incluyen un mayor riesgo a largo plazo de fracturas, osteoporosis y crecimiento longitudinal limitado, lo que afecta la altura final. Aunque la osteoporosis se considera una enfermedad adulta, hay cada vez más evidencia de que los factores en la infancia contribuyen a su desarrollo y morbilidad en la edad adulta.³

La osteoporosis se define como una "reducción de la masa ósea y la interrupción de la arquitectura ósea, lo que resulta en una reducción de la fortaleza ósea y el aumento de las fracturas óseas".⁴ La osteopenia también se define como masa ósea reducida, pero esto es menos grave que en la osteoporosis. Entre los adultos, el tipo de densidad ósea se determina por la densitometría ósea, definida por una puntuación T de -1 a -2.5 para la osteopenia y -2.5 o inferior para la osteoporosis.⁵ Sin embargo, estas definiciones no son aplicables a las poblaciones adolescentes y pediátricas. Según una revisión sistemática de la salud ósea en la AN, existe una escasez de datos disponibles sobre la salud ósea y la prevalencia de la mala salud ósea en los adolescentes.²

Fisiopatología de la baja densidad ósea de la médula ósea

El hueso es dinámico, con la formación continua de hueso nuevo, así como la resorción continua del existente. En la AN, la desnutrición conduce a un desacoplamiento de la formación ósea y la resorción ósea. Por lo tanto, altas tasas de resorción ósea con disminución de la formación ósea conducen a una pérdida ósea rápida, potencialmente resultando en osteopenia y osteoporosis.¹ Esto es secundario a la interrupción de los niveles hormonales y los procesos reguladores del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA, por sus siglas en inglés) y el eje hipotalámico-pituitario-gonadal (HPG, por sus siglas en inglés) La

desnutrición grave causa un estado adaptativo de hipercortisolemia. Los altos niveles de cortisol inhiben directamente el eje HPG, deterioran la absorción de calcio y el procesamiento renal del mismo, inhiben la secreción de osteoprotegeción (OPG, por sus siglas en inglés), que normalmente inhibe los osteoclastos reabsorbentes óseos y aumenta el activador del receptor del factor nuclear kappa B ligando (RANKL, por sus siglas en inglés), que también aumenta la actividad osteoclasta.² Además, los estados de baja energía y hipercortisolemia tienen ambos, un efecto inhibitorio en el eje HPG, lo que conduce a un estado hipogonadal, que se caracteriza por bajos niveles de estrógeno y amenorrea. El estrógeno normalmente inhibe la resorción ósea bloqueando la secreción de citoquinas inflamatorias y RANKL. En los hombres, niveles bajos de testosterona de manera similar tienen un efecto adverso sobre la densidad ósea.²

Cambios puberales y crecimiento durante la adolescencia dependen directamente del aumento de los niveles de hormonas sexuales, que a su vez estimulan el aumento de la secreción de hormona de crecimiento (GH, por sus siglas en inglés) y el factor de crecimiento insulínico (IGF-1, por sus siglas en inglés) GH y IGF-1 son esenciales para la acumulación ósea. En pacientes con AN, los estudios muestran un estado de resistencia a la GH.² Esto a su vez conduce a una mayor disminución de la formación ósea. Los niveles de IGF-1 se reducen así en la AN, lo que inhibe la actividad de formación ósea de osteoblastos.¹

Diagnóstico por imágenes en adolescentes

El método preferido para evaluar el estado de la salud ósea en la AN es con escaneos de absorciometría de rayos X de energía dual (DXA, por sus siglas en inglés) Esto proporciona una imagen de densidad mineral ósea areal bidimensional (aBMD, por sus siglas en inglés) y contenido mineral óseo (BMC, por sus siglas en inglés)

Cualquier persona con un historial de 9 a 12 meses de AN debe tener un escaneo DXA, con seguimiento cada 2 años mientras su trastorno de la alimentación está activo.¹ La interpretación adecuada de estos valores en adolescentes se basa en el uso de puntuaciones Z, a diferencia de las puntuaciones T, que representan puntos de referencia adultos estándar para pacientes mayores. Los escaneos DXA son vistos como el método de diagnóstico preferido debido a su costo relativamente bajo, menor grado de exposición a la radiación y amplia disponibilidad.

Revisión de datos para adolescentes

Varios estudios han demostrado un mayor riesgo de fractura en adultos con AN, pero pocos se han centrado en el riesgo de fractura en adolescentes. Faje et.al (2014) fueron los primeros en examinar el riesgo de fracturas infantiles y adolescentes. Los autores compararon el riesgo entre 310 pacientes con AN en equiparación con los controles de peso normal. La edad media de los sujetos fue de 16 años, con una duración promedio de AN de casi 2 años. Faje et al. encontraron una mayor prevalencia de fracturas y menor aBMD en aquellos con AN en comparación con los controles.⁶ Aunque un solo aBMD puede no ser suficiente para extrapolar el riesgo de fractura para un paciente con AN, el aumento general del riesgo de fractura en pacientes con AN parece estar relacionado con el fortalecimiento ósea y el interrupción de acumulación ósea en adolescentes. Shepherd et al. (2018) encontraron que los huesos son 10% más pequeños en adolescentes con AN en comparación con niños sanos. Su estudio retrospectivo de 111 pacientes menores de 20 años fue el primero en examinar la acumulación ósea en relación con el crecimiento lineal.⁷

Un estudio analizó las limitaciones de la aBMD como una medición focal de la salud ósea. Singhal et al. (2018) llevaron a cabo el primer estudio para evaluar tanto la microarquitectura ósea como la fuerza con una tomografía computarizada cuantitativa periférica de alta resolución (pQCT, por sus siglas en inglés) Los autores encontraron que los cambios microarquitectónicos en el hueso, pueden preceder a déficits medibles en aBMD en mujeres con AN.⁸ Sus resultados ilustran además que la aBMD, no captura completamente todos los efectos perjudiciales de la desnutrición que afecta al hueso, especialmente en pacientes más jóvenes. También encontraron que los adolescentes y adultos jóvenes con AN tenían

corticales más delgadas y más porosas, menor fracción de volumen de hueso trabecular con menor número y espacio de éste, así como niveles más altos de tejido adiposo de la médula. Los niveles más altos de tejido adiposo de médula se han asociado previamente con mayores riesgos de fractura.⁸

Recomendaciones de tratamiento

La restauración del peso sigue siendo el objetivo principal del tratamiento para la AN.² Los datos actuales apoyan que los estados de energía negativa aumentan la resorción ósea independientemente de otras influencias hormonales.⁹ Por lo tanto, la normalización de la ingesta nutricional y el aumento de peso son las prioridades más importantes para el tratamiento de un adolescente con AN y son necesarios para evitar una mayor pérdida mineral ósea. Más allá de la restauración del peso, otros tratamientos para mejorar la DMO en adolescentes son algo controvertidos.

Hay algunos otros tratamientos potenciales que se pueden considerar. La actividad física generalmente se considera como protectora de la salud ósea en individuos mayores de peso normal. La evidencia actual, sin embargo, no ha podido justificar tal efecto protector en el contexto del estado de baja energía y la amenorrea que caracterizan la AN.² A menudo se recomienda precaución, con consideración de riesgo/beneficio, antes de permitir la actividad física aeróbica en pacientes con AN. El ejercicio puede interferir con el objetivo principal de la restauración del peso y puede ser perjudicial para la microarquitectura ósea en pesos corporales bajos.¹⁰ DiVasta et al. (2016) examinaron si la estimulación mecánica de baja magnitud (LMMS, por sus siglas en inglés) contribuye a la normalización del recambio óseo.

Tomando en cuenta que el reposo en la cama a menudo es necesario para los pacientes en estado crítico con AN, los autores se preguntaron si la supresión del recambio óseo, asociada con el reposo en cama, podría ser atenuada por LMMS. En su ensayo aleatorio, doble ciego, controlado con placebo, 100 mujeres de 13 a 21 años, ingresadas en el hospital con complicaciones médicas de AN, fueron asignadas a uno de dos grupos: (1) una plataforma LMMS y (2) una plataforma placebo. La plataforma LMMS proporcionó pequeñas vibraciones y la plataforma placebo hizo un ruido idéntico, pero no vibraba.

DiVasta y sus colegas encontraron que los participantes asignados a la plataforma LMMS tenían marcadores estables de formación ósea, sin efectos adversos en la restauración del peso. Por el contrario, aquellos que utilizaron la plataforma placebo mostraron disminuciones significativas en los marcadores de formación ósea.¹⁰ Estos hallazgos indican que LMMS puede ser un método seguro, no invasivo, no farmacológico para mantener la salud ósea.

El tratamiento farmacológico se utiliza a menudo en poblaciones adultas por una BMD baja, pero existen datos limitados para pacientes adolescentes con trastornos alimentarios. El reemplazo hormonal se recomienda de manera incorrecta como un medio para prevenir la resorción ósea asociada con la condición hipogonadal que se ve en los trastornos alimentarios. Con frecuencia, la pérdida ósea en la AN es comparada indebidamente con la osteoporosis de las mujeres posmenopáusicas. Un estudio reciente encontró que la pérdida en AN evoluciona como resultado de diferentes mecanismos óseos fisiopatológicos.

En este estudio, una comparación de microarquitecturas óseas utilizando pQCT de alta resolución de pacientes jóvenes con AN, sujetos posmenopáusicos y controles, se encontró que la reducción de las trabéculas es rápida en AN, comparable a la de las mujeres posmenopáusicas, pero los huesos corticales y subcorticales estaban menos comprometidos en la AN.¹¹ Además, es imprescindible tener mucha precaución cuando se habla de un reemplazo hormonal en adolescentes, ya que el aumento de los niveles hormonales (estógeno y testosterona) puede llevar a un cierre prematuro de las placas de crecimiento. En general, una revisión sistemática por Robison et al. (2017) encontró discrepancias en los resultados cuando se utilizó el reemplazo de una hormona exógena. La revisión observó un estudio que encontró que las dosis de reemplazo fisiológicas de estradiol 17- β transdérmico aumentaron la BMD espinal y de la

cadencia en mujeres adolescentes con AN, aunque no hubo "recuperación completa" de una BMD comparable con la de los controles saludables.¹² El reemplazo fisiológico de estrógenos logrado por la administración transdérmica mejora la BMD en adolescentes con AN, aunque el aumento de peso parece mejorar más la DMO. 9 Varios estudios han sugerido que el uso de anticonceptivos orales combinados de estrógeno/progesterona ha sido ineficaz y también podría ser perjudicial para la salud ósea, debido a la supresión de las secreciones gonadales endógenas, así como la supresión de secreción sistémica de IGF-1.⁹ En contraste, las dosis "fisiológicas" logradas mediante la aplicación transdérmica pueden ser efectivas porque no suprimen el IGF-1 y evita el metabolismo hepático de primer paso. Según el American College of Obstetricians and Gynecologists, la combinación de estradiol transdérmica y progesterona oral cíclica para adolescentes sexualmente activos, para tratar la pérdida de BMD, no es eficaz para prevenir el embarazo.¹³

Los bisfosfonatos también se utilizan en mujeres adultas con AN para tratar su osteoporosis, pero hay pocos estudios del uso de éstos en adolescentes con AN. Golden et al. (2005) llevaron a cabo un ensayo aleatorizado doble ciego, comparando alendronato con placebo en 32 mujeres adolescentes. Encontraron que en el grupo de tratamiento, hubo un efecto independiente positivo en la BMD, incrementándola en el cuello femoral y la columna lumbar. Sin embargo, los autores concluyeron que la restauración del peso seguía siendo el determinante más importante de la BMD y recomendaron que hasta que estudios adicionales pudieran demostrar eficacia, el uso de bifosfonatos debería limitarse a ensayos controlados.¹⁴ Los efectos secundarios adversos asociados con los bifosfonatos limitan su uso en mujeres adolescentes.¹² Los bisfosfonatos tienen una vida media larga y pueden liberarse lentamente del hueso durante un período de años.²

También existe un riesgo teratogénico, que es importante tener en cuenta.¹² Sin embargo, es interesante notar que los bisfosfonatos se han utilizado, durante años, en pacientes adolescentes con osteogénesis imperfecta, sin informes de efectos adversos significativos.¹ Hasta el momento no hay estudios de teriparatida o denosumab en pacientes adolescentes con AN.

Conclusión

Existen algunas limitaciones notables en la revisión de los datos disponibles actualmente para los adolescentes. En primer lugar, hay más datos disponibles sobre complicaciones médicas en adultos que en adolescentes. De los estudios que se centraron en las poblaciones adolescentes, la mayoría son de naturaleza retrospectiva y sólo evalúan a las pacientes femeninas con AN. Hay muy pocos datos sobre los hombres adolescentes con AN. Además, existen otras limitaciones al conceptualizar y definir anomalías en la BMD, en niños y adolescentes. Un punto interesante es que la International Society of Clinical Densitometry (ISCD, por sus siglas en inglés) recomienda que el término "osteopenia" se limite a pacientes adultos con déficits leves en la masa ósea. De hecho, una puntuación Z de DEXA de $\hat{\leq} -2$ se etiqueta como "por debajo del rango esperado para la edad" para adolescentes (Misra et al., 2015, p. 3) La Pediatric Position Development Conference (PDC, por sus siglas en inglés), un subgrupo del ISCD, limita los diagnósticos de osteoporosis en niños y adolescentes al requerir una puntuación Z de BMD de $\hat{\leq} -2$ y al menos una fractura de compresión vertebral o la presencia de antecedentes significativos de fracturas (fracturas de dos o más huesos largos a la edad de 10 años o tres o más fracturas óseas largas a cualquier edad hasta 19 años) El escaneo DXA, en sí, puede no ser tan útil en adolescentes y, como los estudios mencionados anteriormente han indicado, será importante considerar la microarquitectura en estudios futuros que evalúen los resultados óseos en la AN. El uso de HR-pQCT (alta resolución) puede proporcionar una evaluación más precisa de la salud ósea y serlo también más en la predicción del pronóstico, así como en el seguimiento fiable de los resultados durante todo el tratamiento.^{8, 15} Todos los estudios han comentado la necesidad de más datos longitudinales y de una cuidadosa deliberación antes de iniciar tratamientos con medicamentos. Pero, mientras tanto, una cierta evaluación del estado de la salud ósea en pacientes con antecedentes de AN es una práctica prudente y es el primer paso para iniciar consideraciones de tratamiento adicionales, dada la alta prevalencia de baja BMD en adolescentes con

Referencias

1. Mehler PS, Andersen AE. *Eating Disorders: A Guide to Medical Care and Complications* (3rd ed.). Baltimore, USA: Johns Hopkins University Press, 2017.
2. Misra M, Golden N H, Katzman DK. State of the art systematic review of bone disease in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2015; 49(3), 276-292.
3. Steelman J, Zeitler P. Osteoporosis in pediatrics. *Pediatrics in Review*. 2001; 22(2), 56-65. doi:10.1542/pir.22-2-56
4. Masi L. Epidemiology of osteoporosis. *Clinical Cases in Mineral and Bone Metabolism*. 2008; 5(1): 11-13
5. Karaguzel, G, Holick, M. (2010). Diagnosis and treatment of osteopenia. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorder*. 2010; 11(4), 237-251.
6. Faje AT, Fazeli P K, Miller KK, et al. (2014). Fracture risk and areal bone mineral density in adolescent females with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2014; 47(5), 458-466.
7. Shepherd S, Kyriakou A, Shaikh MG, et al. Longitudinal changes in bone parameters in young girls with anorexia nervosa. *Bone*. 2018; 116, 22-27.
8. Singhal V, Tulsiani S, Campoverde K J, et al. Impaired bone strength estimates at the distal tibia and its determinants in adolescents with anorexia nervosa. *Bone*. 2018; 106, 61-68.
9. Swenne I, Stridsberg M. Bone metabolism in adolescent girls with eating disorders and weight loss: independent effects of weight change, insulin-like growth factor-1 and oestradiol. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2014; 20(1), 33-41.
10. DiVasta AD, Feldman HA, Rubin CT, et al. The ability of low-magnitude mechanical signals to normalize bone turnover in adolescents hospitalized for anorexia nervosa. *Osteoporosis International*. 2016; 28(4), 1255-1263.
11. Milos G, HÄuselmann H, Krieg M, et al. Are patterns of bone loss in anorexic and postmenopausal women similar? Preliminary results using high resolution peripheral computed tomography. *Bone*. 2014; 58, 146-150.
12. Robinson L, Aldridge, V, Clark E M, et al. (2017). Pharmacological treatment options for low bone mineral density and secondary osteoporosis in anorexia nervosa: a systematic review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*. 2017; 98, 87-97.
13. ACOG Committee Opinion No. 702: Female Athlete Triad. (2017). *Obstetrics & Gynecology*. 2017; 109 (6), 511-1516.
14. Golden NH, Iglesias EA, Jacobson MS. Alendronate for the treatment of osteopenia in anorexia nervosa: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Clinical and Endocrinologic Metabolism*. 2005; 90(6):3179-3185.
15. Roggen I, Vanbesien J, Gies I, et al. Forearm bone mineralization in recently diagnosed female adolescents with a premenarchal onset of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2016; 49(8), 809-812.

Acerca de los autores

Philip S. Mehler, MD, FACP, FAED, CEDS

Es Presidente del Eating Recovery Center y Fundador y Director Médico Ejecutivo de ACUTE en Denver Health, ambos en Denver, CO. También es Glassman Professor of Medicine en la University of Colorado School of Medicine, Denver. Es autor de 425 publicaciones científicas, incluyendo 3 libros. Un libro,



Medical Complications of Eating Disorders, publicado por Johns Hopkins University Press, está ahora en su tercera edición. Su libro más reciente (en coautoría con Arnold Andersen, MD), *Eating Disorders: A Guide to Medical Care and Complications*, fue lanzado en Noviembre de 2017.

Erin Knopf, MD

La Dra. Knopf es parte del personal que asiste en la unidad de psiquiatría para niños y adolescentes del Eating Recovery Center, Denver, CO. También es miembro de IAEDP.

Actualización: Nueva York amplía la cobertura para los trastornos alimentarios

Un proyecto de ley a la espera de la firma del gobernador de Nueva York, Andrew Cuomo, ampliará- en gran medida- la cobertura de seguro y acceso a la atención de personas con trastornos alimentarios, en el estado de Nueva York.

La New York's Mental Health Parity Law, actualmente proporciona cobertura de seguro para anorexia y bulimia, pero ha excluido a las personas con otros diagnósticos de trastornos alimentarios como pica, trastorno de rumiación, trastorno evitativo/restrictivo de la ingestión de alimentos, trastorno por atracón, otros trastornos de la alimentación o trastornos alimentarios y cualquier otro, incluido en la última versión del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*

La senadora del estado de Nueva York, Alessandra Biaggi, que ha vivido con un trastorno alimentario durante 15 años, patrocinó la nueva legislación. Ella dijo: "El propósito de este proyecto de ley es cerrar la brecha en la cobertura de atención médica para incluir todas las iteraciones de trastornos de la alimentación para que todos los neoyorquinos que luchan por superar esta enfermedad, sin importar cómo se vea, puedan acceder a la atención que necesitan".

Desde el escritorio

Aunque el campo de los trastornos alimentarios es todavía relativamente joven, en comparación con muchas otras especialidades, muchos avances se han hecho y se están haciendo en el diagnóstico y tratamiento. Varios artículos en este número lo atestiguan.

El crecimiento del alcance y la detección de pacientes a través de Internet se puede ver en la reciente herramienta de detección que desarrollaron NEDA y un grupo de clínicos. Otro es el cambio en los enfoques de tratamiento de larga duración, como el curso más corto de la terapia cognitivo-conductual (TCC) propuesto por el Dr. Glenn Waller en la reciente reunión de ICED en Nueva York. En nuestro artículo principal, la Dra. Erin K. Knopf y la Dra. Philip Mehler, del Eating Recovery Center en Denver, CO, nos pone al día sobre el manejo de la baja densidad mineral ósea en adolescentes, con trastornos de la conducta alimentaria. Mientras que la normalización de la ingesta nutricional y el aumento de peso son las prioridades más importantes para el tratamiento de un adolescente con AN y son necesarios para evitar una mayor pérdida de minerales óseos, también comparten algunos de los enfoques más nuevos que se utilizan para ayudar a restaurar la pérdida ósea.

Y, en la búsqueda continua de mejores enfoques de tratamiento para pacientes con trastornos alimentarios, este número contiene un informe de la Dra. Jennifer Beveridge y sus compañeros de trabajo en la Swinburne University of Technology, Hawthorne, Australia, de un innovador programa de tutoría entre pares utilizando pacientes recuperados de un trastorno de la alimentación como mentores

de pacientes que actualmente están en tratamiento. La relación de mentoría fue una experiencia positiva tanto para los mentores como para los mentoreados, inculcando una mayor esperanza de recuperación para los primeros y una oportunidad para que los segundos reflexionaran sobre su propia recuperación.

—MKS

Anorexia Nervosa 30 años después del diagnóstico

Se han producido algunos resultados inesperados.

En 1985, se inició un estudio a largo plazo de adolescentes suecos en Gotemburgo, Suecia. En primer lugar, cada estudiante de octavo grado (4291 estudiantes nacidos en 1970) fueron evaluados por anorexia nerviosa (AN) Esto descubrió 254 adolescentes con la enfermedad, para ser incluidos en el estudio a largo plazo. Otros 27 adolescentes con anorexia que nacieron a principios de la década de 1970 fueron añadidos al estudio. El grupo de estudio final incluyó 51 pacientes con AN y 51 controles saludables emparejados en género, con lo que el número total de participantes ascendió a 102. El seguimiento se ha hecho cada 10 años (el último en la marca de 30 años) y los investigadores fueron capaces de incluir todos menos cuatro del grupo original en el seguimiento, para una tasa del 96%. Sandra Rydberg Dubros y sus colegas señalaron que el resultado pudo ser más favorable debido al hecho de que sólo adolescentes fueron incluidos y la mitad de la muestra provenía de la comunidad (*Br J Psychiatry*. doi.org/10.1192/bpj.2019.11)

Resultados: La edad y el perfeccionismo jugaron un papel

No hubo muertes, pero en cuanto a la recuperación completa, el resultado fue el mismo que el reportado en estudios anteriores a largo plazo. Setenta y seis de los 102 pacientes originales se habrían recuperado por completo. Durante los 30 años transcurridos, los participantes tuvieron un trastorno alimentario durante 10 años, en promedio y el 23% no recibió tratamiento psiquiátrico. Se pronosticó un buen resultado al inicio de la edad tardía, entre los individuos con trastornos alimentarios al inicio de la adolescencia y un perfeccionismo premórbido.

En un punto de seguimiento anterior, 18 años después de que se iniciara el estudio, 6 de los 51 participantes con AN todavía tenían el trastorno de la conducta alimentaria. Doce años más tarde, los investigadores se sorprendieron mucho al saber que el porcentaje de personas con trastornos alimentarios había aumentado modestamente, aunque no había caído, como se esperaba. El resultado fue más favorable de lo que la mayoría de los clínicos esperarían, tal vez debido a la porción no clínica de la muestra.

Resultados iniciales de una evaluación en línea sobre trastornos alimentarios

El programa en línea de la National Eating Disorders Association revela una brecha de tratamiento.

Hace dos años, un grupo de clínicos que trabajan con el National Eating Disorders Association (NEDA), con sede en la Ciudad New York, desarrolló una evaluación en línea para examinar la posibilidad de un diagnóstico de trastorno alimentario y de riesgo entre los adultos encuestados. Tal evaluación en línea podría crear conciencia sobre los TCA y más personas, como resultado, podrían buscar tratamiento. Los clínicos informaron recientemente de sus resultados preliminares (*Int J Eat Disord*. 2019. 52:721)

Dr. E.E. Fitzsimmons-Craft en la Washington University School of Medicine, St. Louis, MO, y colegas de

numerosas instituciones, analizaron los resultados de 71.362 adultos que completaron el Stanford-Washington University Screen, en el sitio web de NEDA, por más de 6 meses en 2017. El perfil de los encuestados fue: 91% mujeres, 57.7% entre las edades de 18 a 24 años; 89.6% no hispano; y 84.7% blanco. Sorprendentemente, el 86% dio positivo para un TCA. Además, el 10.2% fueron evaluados como de alto riesgo de desarrollar un trastorno alimentario y el 85.9% nunca había recibido tratamiento. Sólo el 3% estaba actualmente en tratamiento y otro 11% había sido tratado en el pasado.

Los autores sostienen que la herramienta de detección de NEDA puede ser una manera importante y útil de detectar trastornos alimentarios en la comunidad general, citando el hecho de que más de 71.000 adultos respondieron en solo 6 meses. La evaluación identifica fácilmente a un gran número de personas que parecen tener trastornos de la conducta alimentaria. Lo más llamativo es el hallazgo de que la mayoría no estaba recibiendo (y nunca había recibido) tratamiento. Esto subraya la importancia del trabajo anterior, enfatizando que mejorar la utilización del tratamiento tendrá un impacto más positivo que aumentar la efectividad del mismo (Moessner and Bauer, 2017; 50:1378) [Los resultados también pueden indicar que la evaluación puede confirmar las sospechas de los visitantes de que tienen un trastorno alimentario y, por lo tanto, ayudarlos a acercarse un paso más al tratamiento]

Propuesta de diez sesiones de TCC

El enfoque TCC-T puede reducir los costos y hacer que el tratamiento con TCC disponible para más pacientes.

Durante la sesión plenaria de la reunión, en marzo, de ICED 2019, en New York, Glenn Waller, DPhil, del Department of Psychology at the University of Sheffield, Sheffield, UK, describió una terapia cognitivo-conductual de 10 sesiones (TCC-T, por sus siglas en inglés) que él y sus colegas han desarrollado recientemente. El Dr. Waller también es un ex presidente de la Academia para los Trastornos de la conducta alimentaria.

El Dr. Waller señaló el tema de la conferencia ICED, "Comienza a difundir las noticias" y preguntó de dónde vienen dichas noticias y hacia dónde van. "Deberíamos estar escuchando", dijo. "Tenemos terapias efectivas, pero no perfectas; estos podrían ser mejores", agregó. El Dr. Waller y sus colegas han desarrollado una forma abreviada de TCC que se muestra promisoria. Añadió algunos puntos clave (y tal vez provocativos) que contrastan la psicoterapia tradicional con la TCC-T:

1. Más y más terapia no logra que se dé un mejor resultado. Dijo: "Normalmente, si esperamos a que los pacientes tomen acción para bulimia nerviosa, el número de sesiones suele ser un promedio de 45. Esto es el doble del número de sesiones recomendadas"
2. Los manuales mejoran los resultados, pero muchos clínicos ni siquiera los toman; "Todavía confiamos en la ósmosis", dijo.
3. Los terapeutas no necesitan entrenamiento específico para un trastorno determinado.
4. La mayoría de los terapeutas están sobreentrenados para lo que hacen.
5. Si tuviera que elegir, el Dr. Waller dijo que desarrollaría modelos de tratamiento que no dependan de terapeutas demasiado capacitados y demasiado caros. Más terapia no da mejores resultados, agregó.

El Dr. Waller dijo que la TCC-T comenzó como resultado de muchas frustraciones, especialmente de la mala atención a los resultados de los pacientes. Una de las preguntas que su grupo y otros tienen que enfrentar, es conseguir que los pacientes accedan a una terapia rápida y eficaz. Se necesitaba una rotación rápida para lidiar con los recursos limitados, en donde la extensión de las listas de espera,

mantienen a las personas sin recibir el tratamiento que necesitan.

Para probar la eficacia de la TCC-T, el Dr. Waller y sus colegas trataron recientemente a 93 pacientes con trastornos alimentarios adultos sin bajo peso. Estos pacientes recibieron un programa protocolizado de 10 sesiones de TCC, el cual fue aplicado por asistentes clínicos, bajo supervisión (*Int J Eat Disord.* 2018; 51:262) Al final de su terapia, el 31% la había abandonado. Al final del tratamiento y en un seguimiento de tres meses se vieron cambios estadísticamente significativos en las puntuaciones globales y subescalas de EDE-Q, así como en los comportamientos del TCA. Los autores señalan que la magnitud del cambio estuvo en el rango visto en estudios de enfoques CBT de longitud más tradicional. Más recientemente, Pellizer, Waller, y Wade [*Eur ED Rev*, 2019, epub antes de la publicación] informó de un segundo ensayo de 52 personas aplicado por 6 diferentes estudiantes, con resultados igualmente alentadores)

El Dr. Waller y sus colegas se mostraron complacidos al descubrir que la TCC abreviada mostraba una eficacia similar a la de los estudios separados y más grandes de la terapia a largo plazo, lo que podría significar un menor costo para el paciente y un mejor acceso a la atención. Agregó: "inicialmente pensamos que un tratamiento más corto no sería tan eficaz y las experiencias de los pacientes son generalmente muy buenas. La terapia más breve puede funcionar igual de bien que la terapia más prolongada. Ahora tenemos que transmitir las noticias: nosotros, como clínicos, podemos ser más resistentes al tratamiento que los pacientes y tenemos que difundirles la noticia de que el tratamiento más breve es mejor."

Estos resultados deben provocar una discusión y tal vez la reconsideración de los modelos de tratamiento para los trastornos alimentarios. ¿Algunas terapias pueden ser más cortas? ¿Qué personas podrían beneficiarse y cuáles necesitan un tratamiento más largo? Y, por último, si bien los resultados a corto plazo son alentadores, ¿es igualmente positivo un resultado a largo plazo?

Eating Disorders Treatment and Concomitant Substance Use among Teens

Tratamiento de Trastornos alimenticios y uso concomitante de sustancias entre adolescentes

La combinación puede afectar a la finalización del tratamiento ambulatorio.

La dependencia química y los trastornos de la alimentación suelen coexistir. Esto produce muchos desafíos; por ejemplo, los programas de TCA tienden a ser incómodos con los clientes con adicción y los de adicción son a su vez, incómodos con los trastornos alimentarios. Parece que el tratamiento de un problema a la vez no funciona de manera óptima.

Un estudio de 2015, publicado en la revista *Psychiatry Research* encontró que más del 13% de los pacientes con bulimia, también tenían un trastorno por consumo de sustancias. Alrededor de un tercio de los hombres y el 7% de las mujeres diagnosticadas con el tipo de anorexia por atracón/purga cumplieron con los criterios para la dependencia del alcohol. Los pacientes adolescentes con abuso de sustancias y trastornos alimentarios tienen características diferentes y son más propensos a abandonar el tratamiento, según un equipo de investigadores de Montreal. El Dr. Ryan Kirkpatrick y la psicóloga Linda Booij, profesora asociada de psicología en Concordia University, Montreal y sus colegas investigaron si los adolescentes con trastornos alimentarios que usaban sustancias respondieron mejor al tratamiento ambulatorio en comparación con los adolescentes con trastornos alimenticios que no usaron sustancias

El Dr. Kirkpatrick y sus colegas querían específicamente estudiar a los adolescentes que consumían drogas, tabaco o alcohol socialmente (de vez en cuando), sin desarrollar adicciones ni mostrar comportamiento problemático. Uno de los objetivos era identificar a los adolescentes con mayor riesgo de abandonar el tratamiento o aquellos que podrían necesitar uno más específico. El grupo de estudio incluyó a unos 200 adolescentes que recibieron tratamiento ambulatorio en Hotel Dieu Hospital at the Kingston Health Sciences Center, Montreal.

Prestar atención a las señales de advertencia que pueden mejorar el resultado

Como se describió anteriormente en la literatura, los adolescentes que usaban sustancias son más propensos a tener bulimia nerviosa o anorexia nervosa tipo atracón/purga. También informaron que los adolescentes que usaban sustancias antes de entrar en el tratamiento regularmente usaban más comportamientos autolesivos, como cortarse y mostraban más impulsividad. Sin embargo, los dos grupos mostraron una gravedad similar de los trastornos alimentarios. Como se señaló anteriormente, la deserción fue mayor en el grupo de consumo de sustancias.

Estos hallazgos podrían ayudar a los clínicos a estar más alerta ante la posibilidad de que un adolescente, con el consumo de sustancias, sea más propenso a abandonar el tratamiento de manera temprana.

En términos más generales, los resultados plantean el problema de mejorar el tratamiento de los trastornos alimentarios para mejorar su ajuste para las personas con TCA y trastornos de sustancias concurrentes.

El Programa de Mentores de Pares da resultados positivos

Un programa piloto en Australia ayudó tanto a mentores como a mentoreados.

"Mentor" es una palabra que significa alguien que enseña o ayuda y consejo a una persona menos experimentada, con frecuencia más joven. Esta antigua palabra se remonta a los antiguos griegos, a un personaje, Mentor, que aparece en *La Odisea* de Homero. Este concepto ha llegado a través de las épocas y ahora se encuentra en la mayoría de las especialidades, particularmente la educación y el trabajo social. Un estudio piloto en Australia evaluó recientemente un programa de mentoría entre pares para "mentores", personas recuperadas de un trastorno alimentario y "mentoreados", individuos que actualmente tenían uno (*J Eat Disord.* 2019. doi: org/10.1186/s40337-019-0245-3)

En este estudio piloto, la Dra. Jennifer Beveridge y sus compañeros de trabajo en la Swinburne University of Technology, Hawthorne, Australia, and St. Vincent's Hospital, Melbourne, Australia, reclutó a 30 mentoreados y 17 mentores para un programa de mentoría entre pares. Todos los mentores estaban recuperados de un trastorno de la conducta alimentaria, durante al menos un año y para propósitos del estudio fueron miembros del personal en St. Vincent's Hospital, empleados específicamente para el programa. Los mentoreados tienen actualmente, un trastorno alimentario y habían salido activamente de un programa de un tratamiento hospitalario, pero permanecieron en uno ambulatorio para su desorden alimentario.

El programa consistió en 13 sesiones dadas durante 6 meses. Los participantes completaron el EDE-Q y las medidas de calidad de vida, estado de ánimo y niveles percibidos de discapacidad. Se realizaron entrevistas semiestructuradas para la evaluación cualitativa del programa en general. Se diseñó un Plan

de Bienestar individualizado para cada participante. Todos los mentores asistieron a sesiones de supervisión de grupos bimensuales separadas, donde los participantes recibieron educación adicional, incluyendo capacitación y apoyo entre pares.

Treinta participantes (28 mujeres y 2 hombres) acordaron participar en el estudio. Los mentoreados oscilaron en edad entre 18 a 50 años (edad promedio: 28 años) La mayoría de los mentoreados (28) tenían diagnósticos de anorexia nerviosa, 1 fue diagnosticado con bulimia nerviosa y 1 con otro trastorno alimentario o de la ingesta de alimentos especificado (OSFED, por sus siglas en inglés)

Ocho se retiraron durante el estudio, debido a la necesidad de viajar al extranjero, mudarse, regresar a casa después del tratamiento y la falta de motivación para continuar con el programa.

Al final del estudio

Durante el tiempo del estudio, los mentoreados aumentaron su índice de masa corporal (IMC, mg/kg²), en contraste con la pérdida de peso típica, notificada después del alta del tratamiento.

También tuvieron mejoras en los síntomas de trastornos de la alimentación en el transcurso del estudio, incluyendo mejor estado de ánimo, menos discapacidad y mejor calidad de vida. En general, la relación de mentoría fue una experiencia positiva, tanto para los mentoreados como para los mentores. Los mentoreados informaron sentirse inspirados por sus mentores y que las sesiones fueron mucho más relajadas y sin juzgar que las sesiones de tratamiento. Sin embargo, los propios mentores tuvieron aumentos en las puntuaciones del EDE-Q Global Eating Concern and Shape Concern, aunque ninguno alcanzó el rango patológico. La Dra. Beveridge informó: "Los resultados cualitativos destacaron que la relación de mentoría era una experiencia positiva tanto para los mentoreados como para los mentores, infundiendo una mayor esperanza de recuperación de los mentores y una oportunidad para que éstos reflexionaran sobre su propia recuperación con mayor confianza."

Esta estrategia ha demostrado ser útil en trastornos del estado de ánimo y aunque los resultados fueron mixtos, merece más atención para los TCA, también.

Diferentes enfoques para pesar a los pacientes

El paciente desea anular las pautas de tratamiento establecidas

Un estudio reciente buscó descubrir razones por las cuales los clínicos regularmente no pesan adecuadamente a los pacientes durante la terapia cognitivo-conductual (TCC) para los trastornos alimentarios. Drs. A. Daghli y G. Waller de Sheffield University, Sheffield, UK [ver también artículo sobre la TCC abreviada en este número] evaluaron las razones basadas en el paciente y en el clínico por lo que esto ocurre (*Int J Eat Disord.* 2019. June 7. doi:101002/eat.23096 [epub ahead of print])

Después de encuestar a 74 clínicos que practican la TCC, utilizando anécdotas de casos que varían en el diagnóstico del paciente y los niveles de angustia, los dos investigadores encontraron que los clínicos eran más propensos a pesar a los pacientes con anorexia nerviosa que a los pacientes con bulimia nerviosa, pero menos a los que estaban angustiados por la idea de ser pesados. Los médicos que pensaban que el pesaje era útil eran más propensos a hacerlo. Los autores señalan que su estrategia de reclutamiento puede haber tendido a atraer a participantes, ya predispuestos al pesaje. Además, parece posible que una encuesta de este tipo sesgue la presentación de informes hacia lo que se percibe como la mejor práctica (en lugar de la real) En cada caso, las tasas reales de pesaje podrían ser inferiores a las descritas. Los autores sugieren que estos hallazgos requieren una mejor capacitación y supervisión sobre los beneficios del pesaje abierto de las personas en el tratamiento de trastornos alimentarios.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Un caso de una enfermedad pulmonar misteriosa en un paciente anoréxico

P. Una de mis pacientes con AN, que continúa estando gravemente desnutrida, ahora tiene una serie de síntomas pulmonares sospechosos, incluyendo tos, fatiga y dolor en el pecho. Ella tiene una larga historia de AN. ¿Me pregunto si hay otras cuestiones a considerar.

R. ¿Podría ser tuberculosis? Si bien los informes de trastornos alimentarios y el desarrollo de la tuberculosis (TB) son raros, su paciente suena muy parecido a una mujer en un informe reciente de Francesco Garaci y sus colegas de Tor Vergata University en Rome (*Radiology Case Reports* 14. 2019, 423)

El Dr. Garaci y sus compañeros de trabajo informaron de un caso de una mujer de 31 años que tenía una larga historia de AN y BN, quien fue ingresada en el departamento de gastroenterología de su hospital por condiciones generales comprometidas y desnutrición proteica-energética grave. En los últimos 6 meses, reportó haber perdido más de 15 kg (33 libras) y tuvo un índice de masa corporal (IMC) de 12. Estaba fatigada, pero no tenía fiebre.

Después de que accedió a las pruebas, las tomografías computarizadas mostraron múltiples lesiones. Después de esto, una prueba de esputo mostró *Mycobacterium tuberculosis* (la bacteria que causa la tuberculosis) El paciente fue colocado inmediatamente en un régimen de cuatro fármacos de isoniazida, rifampicina, ethambutol y pirazamida. Cinco semanas más tarde, el paciente pudo regresar a casa para continuar con el tratamiento farmacológico.

La tuberculosis es una de esas enfermedades que parecen haber sido erradicadas, pero en septiembre de 2018, la World Health Organization informó que la tuberculosis (TB, por sus siglas en inglés) es una de las 10 principales causas de muerte en todo el mundo y que en 2017, 10 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1.6 millones murieron a causa de ella (incluidos 0.3 millones entre las personas con VIH)

En 2017, se estima que un millón de niños enfermaron de tuberculosis y 230.000 de ellos murieron (incluidos los niños con VIH y tuberculosis asociada)

La situación en los Estados Unidos y otros países occidentalizados ha sido mucho mejor, a pesar de que la preocupación por la tuberculosis ha resurgido últimamente, debido al aumento de la inmigración y los viajes a las zonas donde la enfermedad sigue siendo endémica. Como el Informe de *Morbidity and Mortality* de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (*MMWR*. 2019. 68:257) señala que, desde 1993, el número de casos de tuberculosis ha disminuido constantemente. La incidencia de tuberculosis en 2018 (2,8 casos por cada 100.000 personas) fue la más baja jamás reportada. Las personas no nacidas en los Estados Unidos representaron aproximadamente dos tercios de los casos. En 2018, se notificaron 9.029 nuevos casos de tuberculosis (TB) en los Estados Unidos, lo que representa una disminución del 0,7% con respecto a 2017.

La tuberculosis sigue siendo un importante problema de enfermedades infecciosas. La AN puede afectar la respuesta inmune y podría aumentar el riesgo de contraer varias infecciones, incluida la tuberculosis.

—SC

En el siguiente número

Trastornos alimentarios, depresión y el arquetipo de la mujer negra fuerte

Por Carolyn Coker Ross, MD, MPH, CEDS

Si bien los trastornos de la alimentación se han considerado durante mucho tiempo un problema predominantemente para la "mujer blanca", los hallazgos recientes muestran que los trastornos de la conducta alimentaria se están convirtiendo en un problema de salud importante para las mujeres negras. La Dra. Ross explora los obstáculos para el cuidado entre las mujeres afroamericanas y cómo cuando se trabaja con ellas, es importante explorar una historia de trauma. La paciente no puede cambiar un pasado difícil, pero puede cambiar la forma en que se cuida a sí misma a la luz de sus experiencias.

ADEMÁS

- **Densidad mineral ósea y la fuerza estimada de la cadera en hombres con AN, AN atípico y ARFID**
- **Definición de la ortorexia nervosa: ¿entidad clínica separada, manifestación o trastorno obsesivo compulsivo o una entidad en el espectro de los trastornos alimentarios?**
- **Diferencias por género y etnia/raza entre adultos con trastornos alimentarios que buscan ayuda.**
- **¿Cómo los médicos de atención primaria pueden mejorar el reconocimiento, el diagnóstico y el tratamiento entre los hombres con trastorno alimentarios?**
- **Adaptación del tratamiento para mejorar las necesidades de los pacientes con ARFID**
- **Y mucho más...**

Reimpreso para: *Eating disorders Review*

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com