

CARTA CIENTÍFICA

Cuando la anorexia nerviosa se complica. Bezoar y obstrucción gastroduodenal

When Anorexia Nervosa Complicates: Bezoar and Gastroduodenal Obstruction

La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) en el que existe una pérdida de peso significativa asociada a una distorsión de la imagen corporal y miedo intenso a engordar pese a tener un bajo peso¹. Es un trastorno multifactorial con gran variabilidad en su presentación clínica, evolución y pronóstico, con una potencial afectación orgánica y nutricional que asocia una mayor mortalidad. Las complicaciones que pueden aparecer son múltiples y de carácter multiorgánico, derivando en su mayoría de la restricción alimentaria y/o conductas compensatorias. Las complicaciones digestivas, como el estreñimiento o la distensión abdominal, son frecuentes y suelen solventarse con la restauración del estado nutricional. No obstante, existen complicaciones inusuales, pero potencialmente graves, que se deben tener en cuenta en la evaluación de estos pacientes.

Se presenta el caso clínico de una mujer de 16 años con antecedente AN restrictiva de dos años de evolución, amenorrea hipotalámica funcional y baja densidad mineral ósea para la edad (z-score -1.6) con fractura de fémur. Ingresó en cirugía general tras ser trasladada desde el servicio de urgencias de otro centro por náuseas, vómitos y distensión abdominal de tres días de evolución en contexto de obstrucción intestinal. En las pruebas de laboratorio destacaba una elevación del lactato venoso de 4,2 mmol/L (rango de normalidad [RN] 0,5 a 2,2 mmol/L), amilasa de 730 U/L (RN 30,0 a 118,0 U/L) y creatinina cinasa de 177 U/L (RN 24,0 a 170,0 U/L), sin alteraciones electrolíticas, del hemograma ni de coagulación. En la tomografía axial computarizada (TAC) abdominal se evidenció una gran dilatación gástrica y de la primera porción duodenal secundaria a bezoar con isquemia gástrica y duodenal por compresión extrínseca de la aorta e hipoperfusión de hígado, bazo, glándulas suprarrenales, riñón izquierdo, asas de yeyuno e íleon; y una compresión extrínseca de vía urinaria con ectasia pielocalicial derecha (fig. 1). De acuerdo con el TCA, previo a la complicación médica por la que ingresó, refería que no había acudido a revisiones en los últimos meses y admitía aumento del ejercicio físico junto con ingestas progresivamente menores de dieta, siendo estas a expensas gran cantidad de fruta (10 piezas al día). El peso al ingreso era de 41,8 kg para



Figura 1 Gran dilatación gástrica y duodenal en TAC abdominal.

una talla 1,56 m (índice de masa corporal [IMC] 17 kg/m². Porcentaje medio de IMC [PmIMC] del 82,4%).

Inicialmente se realizó tratamiento conservador mediante sonda nasogástrica de aspiración, disolución química del bezoar y nutrición parenteral (NP) durante 25 días. Tras la resolución de la obstrucción intestinal se reanudó la ingesta oral con dieta triturada y suplementos nutricionales orales (SON). Pese al ajuste de requerimientos presentó una pérdida ponderal hasta nadir de 33,5 kg (IMC 13,7 kg/m². PmIMC 66,3%). Fue trasladada a psiquiatría para continuar con tratamiento del TCA y coincidiendo con la progresión a una dieta blanda de fácil digestión, presentó sialorrea y sensación de cuerpo extraño esofágico. Se realizó una endoscopia oral que mostró una gastropatía erosiva y áreas de fibrosis, con disminución de la distensibilidad gástrica y estenosis esofágica, secundaria a la isquemia previa. Ante estos hallazgos, se mantuvo dieta triturada y SON líquidos junto con inhibidores de la bomba de protones (IBP). Desde el ingreso en psiquiatría se objetivó una ganancia ponderal progresiva, sin semiología de síndrome de realimentación, con IMC al alta de 16 kg/m². En el seguimiento ambulatorio, tras seis meses de tratamiento con IBP, presentó mejoría de la estenosis esofágica y adecuada progresión a dieta sólida; aunque con estancamiento ponderal (IMC en última visita 16 kg/m²) por mala adherencia a pauta nutricional prescrita.

Un bezoar es una acumulación de material no digerible en el tracto gastrointestinal. Los bezoares gástricos son infrecuentes y dan lugar a síntomas inespecíficos (vómitos, pérdida de apetito, pérdida de peso y dolor abdominal), siendo una causa poco frecuente de obstrucción intestinal. Se clasifican según su composición, siendo el fitobezoar

el más común, producido por la ingesta de fibra vegetal insoluble², tal y como ocurrió en el caso expuesto.

La presencia de obstrucción intestinal secundaria a bezoar es poco frecuente y está escasamente reportada en la AN. El solapamiento de los síntomas de bezoar con los del propio TCA puede enmascarar y retrasar el diagnóstico. En la literatura hay descritos cuatro casos de bezoar en pacientes con AN. Dos de ellos presentaron obstrucción intestinal, revolviéndose, uno con cirugía urgente y el otro con tratamiento conservador³. El tercer caso describe una paciente con AN purgativa que durante el ingreso presentó vómitos con contenido compatible con bezoar y se confirmó su resolución tras endoscopia, sin precisar otro tratamiento⁴. El cuarto caso se refiere a una paciente con antecedentes de tricotilomanía que fue ingresada por sospecha de AN restrictiva con IMC 15 kg/m² y que, durante la progresión de la dieta, presentó una obstrucción intestinal que precisó cirugía urgente con hallazgos de tricobezoar⁵.

Para el diagnóstico inicial del bezoar la mejor prueba de imagen es el TAC. La endoscopia alta puede utilizarse en el diagnóstico definitivo, pero no debe realizarse en obstrucción². El tratamiento de los fitobezoares puede ser conservador con disolución química, o mediante abordaje endoscópico/quirúrgico, dependiendo de la gravedad. En el caso expuesto se trató de forma conservadora, utilizando como disolvente la Coca-Cola® con lavados gástricos por sonda. En una revisión sistemática de 24 estudios observacionales con 46 pacientes, la administración de Coca-Cola® fue suficiente para la resolución de los fitobezoares en el 50% de los pacientes⁶.

En la evaluación de los síntomas gastrointestinales en pacientes con AN se debe tener en cuenta por la potencial aparición de complicaciones poco frecuentes, pero potencialmente graves, que requieran un tratamiento específico.

Financiación

Este artículo no ha recibido ninguna financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés relacionado con este artículo.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013. [consultado 20 Abr 2023]. Disponible en: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>.
2. Gelrud D, Talley NJ, Robson KM. Gastric bezoars. UpToDate, 2023. [consulta 20 Abr 2024]. Disponible en: <https://ffr.uptodate.com/contents/gastric-bezoars/print>.
3. Birmingham CL, Cardew S, Gritzner S. Gastric bezoar in anorexia nervosa. *Eating Weight Disord.* 2007;12:e28–9.
4. Scobie BA. Acute gastric dilatation and duodenal ileus in anorexia nervosa. *Med J Aust.* 1973;2:932–4.
5. Saldanha NE, Meisel JA, Prince JM, Feinstein R, Fisher M. Delayed diagnosis of trichobezoar in a patient with presumed anorexia nervosa. *Int J Adolesc Med Health.* 2015;27(3):349–52.
6. Ladas SD, Kamberoglou D, Karamanolis G, Vlachogiannakos J, Zouboulis-Vafiadis I. Systematic review: Coca-Cola can effectively dissolve gastric phytobezoars as a first-line treatment. *Aliment Pharmacol Ther.* 2013;37(2):169–73.

Vanessa Capristán-Díaz^{a,*}, Pablo de Sol^b,
Juan González González^c, Rosalía González Miyar^d
y Rocío Campos del Portillo^a

^a Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Majadahonda, España

^b Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Majadahonda, España

^c Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Majadahonda, España

^d Servicio de Digestivo. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Majadahonda, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Vanessa.capristan@gmail.com
(V. Capristán-Díaz).

<https://doi.org/10.1016/j.endinu.2024.08.001>

2530-0164/ © 2024 SEEN y SED. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Mucormicosis rinocerebral: una complicación infrecuente en pacientes con diabetes mellitus



Rhinocerebral mucormycosis: An uncommon complication in patients with diabetes mellitus

Introducción

La mucormicosis es una complicación poco frecuente en pacientes con diabetes mellitus. Se trata de una infección causada por hongos saprofitos. La forma clínica más frecuente es la rinocerebral. El principal factor de riesgo es la

diabetes mellitus y, especialmente, si los pacientes presentan acidosis pues altera el metabolismo del hierro y favorece el crecimiento del hongo. Es una infección con una mortalidad elevada y la sospecha clínica es crucial para un diagnóstico y tratamiento temprano. Presentamos el caso de una infección por mucorales en una paciente con diabetes mellitus mal controlada.

Caso clínico

Mujer de 59 años con diabetes mellitus tipo 1 con mal control que ingresa en Unidad de Cuidados Intensivos por descompensación hiperglucémica grave mixta (cetoacidosis grave y estado hiperglucémico hiperosmolar). Buena evolución