



Endocrinología y Nutrición

www.elsevier.es/endo



EDITORIAL

Trastornos de la conducta alimentaria y diabetes mellitus



Eating disorders and diabetes mellitus

Joana Nicolau* y Lluís Masmiquel

Endocrinología y Nutrición, Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad en la que la dieta constituye uno de los pilares de su tratamiento. Si a ello se le añade el estrés que conlleva el diagnóstico de la enfermedad, especialmente cuando el inicio es durante la adolescencia, la sensación de pérdida de autonomía y una disminución de la autoestima, no debería resultar extraño que la DM se asocie a un aumento de la incidencia de trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

Los TCA comprenden una serie de enfermedades cuyo denominador común es la alteración de los comportamientos relacionados con la alimentación, y que repercuten negativamente en los ámbitos físico y psicológico. Los TCA más frecuentes son la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón (TA). En la AN existe una distorsión de la imagen corporal que conlleva una pérdida de peso voluntaria. Tanto en la BN como en el TA existen episodios regulares de atracones, con la diferencia de que en la BN aparecen conductas compensatorias, como el abuso de laxantes o el vómito autoinducido, para evitar el aumento de peso^{1,2}. La prevalencia de TCA en España es comparable a la de otros países desarrollados, es decir, entre el 1-3% de la población adolescente y adulta joven. Esta cifra aumenta hasta el 5% si se tiene en cuenta solo a las mujeres².

El interés por la asociación TCA y DM se remonta a la década de los 70, y se ha centrado especialmente en la prevalencia de los TCA en los sujetos con una DM tipo 1 (DM1), así como en la repercusión de los TCA sobre el control metabólico y las complicaciones crónicas asociadas a la

DM1, centrándose especialmente en mujeres adolescentes y/o adultas jóvenes^{2,3}.

Entre un 11,5% y un 27,5% de adolescentes con una DM1 cumplen criterios de TCA, siendo la BN y el TA los más prevalentes^{2,4,5}. Asimismo, la omisión o disminución de la dosis de insulina intencionadamente para favorecer la pérdida de peso a través de la glucosuria, antes considerada una conducta compensatoria de la BN, es ahora un TCA no especificado propio de la DM1, denominado diabulimia². La prevalencia de diabulimia es superior al 30% entre mujeres de edades comprendidas entre 18 y 30 años. Pese a que los estudios hasta ahora publicados se centran principalmente en la adolescencia, existen datos suficientes para afirmar que, aunque los TCA se inicien en esta etapa o en etapas precoces de la edad adulta, hasta un tercio de los afectados siguen presentando criterios diagnósticos 5 años después de su inicio. De hecho, se ha visto que existe una cierta estabilidad en la incidencia de TCA en las primeras etapas de la edad adulta, mientras que la incidencia de TCA subclínicos, es decir, que no cumplen todos los criterios de diagnóstico, aumenta con la edad, influyendo negativamente en el control metabólico y la capacidad de autocuidado^{2,4,6}.

La etiología de los TCA en la DM1 es multifactorial, contribuyendo factores genéticos, culturales y ambientales. Por una parte, la sociedad actual impone un culto a la delgadez que puede conllevar una insatisfacción con la imagen corporal. Por otra parte, los países desarrollados viven en un estado de abundancia que puede condicionar índices de masa corporal (IMC) más altos y estar sometidos continuamente a dietas restrictivas que frecuentemente fracasan, con la consiguiente frustración y decaimiento del estado de ánimo. Además, en los sujetos diabéticos

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jnicolauramis@gmail.com (J. Nicolau).

mantener un normopeso y adoptar unos hábitos higiénico-dietéticos saludables resulta imprescindible. La rápida recuperación ponderal que habitualmente se observa con la insulinización que sigue al comienzo de una DM1 puede conllevar la omisión voluntaria de insulina para favorecer la pérdida de kilocalorías por la orina. Por ello, se observa una mayor frecuencia de ingresos por cetoacidosis diabética entre estos pacientes con diabulimia. El miedo a presentar hipoglucemias también puede desembocar en hábitos de alimentación poco saludables, predisponiendo a la sobreingesta. Asimismo, los sujetos con DM1 pueden tener alterados los estímulos externos que condicionan la ingesta; por ejemplo, en individuos no diabéticos se favorece el apetito con el aroma a comida; en cambio, en pacientes con una DM1 estos estímulos pueden ser diferentes y más variopintos, y pueden incluir comer en función de la dosis de insulina a administrarse, los niveles de glucemia capilar, una actividad física programada, y otros factores que nada tienen que ver con los desencadenantes típicos, como la sensación de hambre^{2,7}.

Se ha demostrado que los sujetos con diabulimia tienen un peor control glucémico, más episodios de cetoacidosis diabética y más visitas a urgencias. En cambio, existe controversia en cuanto a la relación entre los TCA clásicos como la AN y la BN y el mal control metabólico. El riesgo de complicaciones microvasculares es también superior entre los pacientes con una DM1 con TCA, incluida la diabulimia. Asimismo, la diabulimia se ha asociado a un riesgo de mortalidad hasta 3 veces superior, tras ajustar por edad, hemoglobina glucosilada e IMC⁶.

El interés por la asociación entre DM tipo 2 (DM2) y los TCA apareció más tarde, a finales de la década de los 90⁸. Ello se debía a que no se consideraba la DM2 un factor de riesgo significativo para el desarrollo de TCA, puesto que la edad de inicio «tradicional» de la DM2 era más tardía que la de los TCA. El diagnóstico de DM2 a edades cada vez más tempranas, así como la asociación de la DM2 con la obesidad ha suscitado el interés por la relación de los TCA y la DM2^{3,5,9,10}. La prevalencia de TCA como comorbilidad de la DM2 se sitúa en torno al 2,5-40%, siendo el TA, con una prevalencia del 2,5-25,6%, el TCA más frecuente. Además, esta prevalencia parece estar directamente relacionada con el grado de obesidad. Asimismo, los sujetos con una DM2 y un TA concomitante suelen ser individuos más jóvenes, tener un IMC superior y tener más síntomas depresivos^{2,10}.

Resulta curioso que la mayoría de los estudios realizados hasta el momento no hayan evidenciado un peor control metabólico entre aquellos individuos con una DM2 y un TA, sugiriendo que los atracones ejercen escaso efecto sobre el control glucémico en comparación con las conductas purgativas, como la omisión intencionada de insulina en la DM1. Del mismo modo, tampoco se ha observado un incremento del riesgo de presentar complicaciones microvasculares en estos individuos con un TA^{11,12}. Sin embargo, se ha evidenciado una mayor frecuencia de ingresos, posiblemente asociado a la mayor presencia de sintomatología depresiva, factor conocido de abuso de la asistencia sanitaria¹³.

La precocidad con la que se trate el TCA es primordial, aunque para ello el diagnóstico previo es fundamental. Tal y como se recomienda en la guías de las diferentes sociedades, idealmente se debería realizar un cribado periódico para descartar un TCA, distocias sociales y trastornos del estado

de ánimo^{14,15}. Situaciones como el empeoramiento del control glucémico sin motivo aparente, episodios recurrentes de cetoacidosis diabética, hipoglucemias de repetición, escasa adherencia al seguimiento ambulatorio, síntomas sugestivos de trastorno depresivo, negativa a pesarse, baja autoestima, preocupación exagerada por el aspecto físico, calcular el contenido calórico de las comidas, el abuso de laxantes, entre otros, deberían alertar al médico responsable en caso de que no se realice un cribado de rutina^{2,5}.

Una vez diagnosticado el TCA se recomienda un tratamiento multidisciplinar, incluyendo un abordaje psicológico inmediato. La pérdida ponderal como pilar de tratamiento de la DM debería ser relegada a un segundo plano, y también los objetivos de control glucémico tendrían que reevaluarse y ser más laxos temporalmente hasta la mejoría significativa del TCA⁵.

A día de hoy, el diagnóstico de un TCA en un sujeto con una DM es difícil, no solo porque los propios individuos tienden a ocultarlo, sino por falta de conocimiento y concienciación entre los profesionales sanitarios que los tratan. Dada la prevalencia y su repercusión sobre el control glucémico y, por ende, sobre las complicaciones relacionadas con la DM a corto y largo plazo, sería de suma importancia concienciar sobre esta realidad y formar en esta área a los facultativos responsables de estos pacientes. Actualmente, el abordaje psicológico ha demostrado ser el más eficaz para el tratamiento de los TCA⁵. Asimismo, se han usado diversos fármacos para controlar los episodios de atracones, aunque con escaso efecto sobre el control glucémico. Resultaría interesante investigar el efecto que tienen los agonistas del receptor de *glucagon-like peptide*, que promueven la saciedad, no solo enlenteciendo el vaciado gástrico, sino ejerciendo también un efecto directo a nivel de los centros de saciedad hipotalámicos en estos pacientes con una DM2 con un TCA concomitante.

En conclusión, las personas con diabetes tienen un riesgo incrementado de desarrollar TCA, con el consiguiente aumento de complicaciones relacionadas con la DM a corto y largo plazo. Resulta de vital importancia el diagnóstico precoz, bien mediante la sospecha clínica o a través del cribado sistemático con cuestionarios validados, a fin de poder realizar un abordaje multidisciplinar y así mejorar el pronóstico de estos pacientes.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Pinhas-Hamiel O, Levy-Shraga Y. Eating disorders in adolescents with type 2 and type 1 diabetes. *Curr Diab Rep*. 2013;13:289-97.
3. Preti A, Girolamo GD, Vilagut G, Alonso J, Graaf RD, Bruffaerts R, et al. The epidemiology of eating disorders in 6 European countries: Results of the ESEMeD-WMH Project. *J Psychosom Res*. 2009;43:1125-32.
4. Young V, Eiser C, Johnson B, Brierley S, Epton T, Elliott T, et al. Eating problems in adolescents with type 1 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabet Med*. 2013;30:189-98.
5. Gagnon C, Aimé A, Bélanger C, Markowitz J. Comorbid diabetes and eating disorders in adult patients: Assessment and considerations for treatment. *The Diabetes Educator*. 2012;38:537-42.
6. Peveler RC, Bryden KS, Neil HAW, Fairburn CG, Mayou RA, Dunger DB, et al. The relationship of disordered eating habits and

- attitudes to clinical outcomes in young adult females with type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2005;28:84–8.
7. Martyn-Nemeth P, Quinn L, Hacker E, Park H, Kujath AS. Diabetes distress may adversely affect the eating styles of women with type 1 diabetes. *Acta Diabetol*. 2014;51:683–6.
 8. Herpertz S, Albus C, Lichtblau K, Köhle K, Mann K, Senf W. Relationship of weight and eating disorders in type 2 diabetic patients: A multicenter study. *Int J Eat Disord*. 2000;28:68–77.
 9. The TODAY study group. Binge eating, mood, and quality of life in youth with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2011;34:858–60.
 10. Gastaldi G, Ruiz J, Giusti V. Diabète de type 2: n'oubliez pas les troubles du comportement alimentaire. *Rev Med Suisse*. 2009;5:667–70.
 11. Allison K, Crow S, Reeves R, West D, Foreyt J, DiLillo V, et al. Binge eating disorder and night eating syndrome in adults with type diabetes. *Obesity*. 2007;15:1287–93.
 12. Rotella F, Cresci B, Monami M, Aletti V, Andreoli V, Ambrosio ML, et al. Are psychopathological features relevant predictors of glucose control in patients with type 2 diabetes? A prospective study. *Acta Diabetol*. 2012;49 Suppl 1:S179–84.
 13. Nicolau J, Simó R, Sanchis P, Ayala L, Fortuny R, Zubillaga I, et al. Eating disorders are frequent among type 2 diabetic patients and are associated with worse metabolic and psychological outcomes: Results from a cross-sectional study in primary and secondary care settings. *Acta Diabetol*. 2015. Epub.
 14. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2015. *Diabetes Care*. 2015;38 Suppl 1:S1–87.
 15. McIntyre RS, Alsuwaidan M, Goldstein BI, Taylor VH, Schaffer A, Beaulieu S, et al. The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid metabolic disorders. *Ann Clin Psychiatry*. 2012;24:69–81.