

# Anorexia nerviosa atípica sin alteración de la imagen corporal: a propósito de un caso clínico

M. Sáenz Herrero, J. del Río Vega y J. J. López-Ibor Aliño

Departamento de Psiquiatría. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

*Atypical anorexia nervosa without body image distortion: based on a clinical case*

## Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria tienen una menor prevalencia en los varones que en las mujeres. A pesar de que fue mencionada en el primer caso clínico descrito de anorexia nerviosa en 1689 por Richard Morton, la anorexia nerviosa en el varón ha sido relativamente ignorada. Los criterios diagnósticos son similares a los de las mujeres, aunque los factores ambientales y socioculturales son diferentes para ambos sexos desde el nacimiento. Hombres y mujeres perciben la grasa de manera diferente, tienen otros valores en relación a la forma y figura corporal y valoran de distinta manera la delgadez.

**Palabras clave:** Anorexia. Imagen corporal. Trastornos de la conducta alimentaria.

## Summary

Eating disorders presents a lower prevalence in males than in females. Despite being mentioned in 1689 in the first case described by Richard Morton, anorexia nervosa in males has been relatively ignored. The diagnostic criteria for males with anorexia nervosa are similar to those for females although the sociocultural environment differs from birth between the sexes. Men and women perceive fatness differently. They have different ideas of shape and they value slimness differently.

**Key words:** Anorexia. Body image. Eating disorders.

## CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente varón de 24 años de edad, cuya historia de trastorno de la conducta alimentaria se inicia hace 3 años con un ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por crisis tónico-clónicas generalizadas en el que se descartó patología orgánica, con tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM) cerebral normales, destacando la hipoalbuminemia e hipocalcemia a la que se atribuyó el cuadro.

Al alta se derivó a los servicios de Psiquiatría sin que el paciente se vinculara a ningún tratamiento, manteniendo desde entonces y hasta la fecha un peso marcadamente bajo (49 kg) con un índice de masa corporal (IMC) de 16 (altura de 1,74 m), con una dieta restrictiva severa con aporte casi exclusivo de hidratos de carbono (pasta y legumbres).

La sintomatología que presenta el paciente cuando acude a la consulta pone de manifiesto algunas peculiaridades que lo hacen de especial interés.

Por un lado no se objetivan alteraciones en la imagen corporal, algo fundamental en la anorexia nerviosa cuando se trata de mujeres afectadas. El paciente reconoce verse muy delgado, de hecho esto es fuente de preocupación y de vergüenza. En varias ocasiones ha acudido a gimnasios con objeto de aumentar la masa muscular (y con ello aumentar de peso) sin éxito. En el pasado acudía diariamente al gimnasio con objeto de ganar masa muscular (pero no grasa), aunque ahora por la presión de los estudios universitarios lo ha abandonado. Desde el alta hace 3 años ha mantenido el mismo peso, sin objetivarse una pérdida ponderal, y el paciente manifiesta su preocupación por no querer adelgazar. Reconoce tener «manías» con las comidas. Come separado del resto de su familia y se alimenta a base de legumbres y pasta casi exclusivamente, aunque cuando sale con sus amigos a cenar come con normalidad, pudiendo incorporar otros alimentos. No hay una retracción o evitación social, ni repercusión en sus estudios. No hay conductas purgativas ni historia actual o previa de abuso de laxantes, diuréticos o píldoras adelgazantes. No hay antecedentes psiquiátricos personales ni familiares. No hay antecedentes personales de obesidad ni sobrepeso. Entre los factores precipitantes de la conducta de dieta del paciente destaca la obesidad en su hermano mayor a raíz del servicio militar, por lo que se podría añadir que puede existir, quizá, un miedo mórbido a engordar, aunque no una dis-

## Correspondencia:

M. Sáenz Herrero  
Departamento de Psiquiatría  
Hospital Clínico San Carlos  
28040 Madrid  
Correo electrónico: msaenz@iies.es

torsión en su imagen corporal. Entre los rasgos de personalidad destacan rasgos anancásticos, con alto nivel de exigencia y perfeccionismo. No tolera estar inactivo. Tiene buen rendimiento social y escolar, y cuando es derivado al servicio de salud mental, la sintomatología que refiere son cefaleas, falta de energía y decaimiento general atribuibles a una desnutrición crónica. El motivo de acudir a la consulta y que acepte un tratamiento tiene relación con el inicio de la enfermedad, y el miedo a que esto se pudiera repetir (crisis comiciales), más que a que exista conciencia de enfermedad. Durante los meses tratados ha conseguido ganar sólo 2 kg y sigue manifestando verse delgado y querer ganar, eso sí, masa muscular, y de manera secundaria, aumento de peso.

## DISCUSIÓN

La anorexia nerviosa es un cuadro que afecta fundamentalmente a mujeres; sin embargo, no podemos olvidar que el 5% de los pacientes son varones.

Los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa según la CIE-10 incluyen la pérdida ponderal de al menos un 15% de lo esperado para la edad y talla correspondiente. La pérdida ponderal es autoprovocada por el paciente con objeto de no engordar. Se aprecian distorsión de la imagen corporal y alteraciones en el eje hipotálamo hipofisario que se traduce en la mujer en amenorrea y en el varón por pérdida de interés en la sexualidad. En el caso clínico presentado se trata de un caso de anorexia nerviosa atípica según clasificaciones diagnósticas (CIE-10 y DSM-IV).

La anorexia nerviosa en el varón es una enfermedad muy poco frecuente, proporcionalmente, así como mucho menos estudiada que en el sexo femenino. En el caso de los varones afectados se objetivan peculiaridades de dicho trastorno que lo hacen de especial interés, no sólo por los factores etiopatogénicos, sino por la forma de manifestarse la enfermedad.

En relación a los factores etiopatogénicos nos encontramos con que la dieta se ha relacionado como uno de los factores de riesgo asociado a la presencia de trastornos de la conducta alimentaria en el modelo de Ploog<sup>1</sup> y Halmi<sup>2</sup>. El hallazgo de niveles elevados de 5HIAA en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de pacientes anoréxicas recuperadas puede reflejar una vulnerabilidad fisiológica y un estado de hiperactividad serotoninérgico.

Desde el punto de vista clínico nos encontramos con que el bajo peso autoprovocado por el paciente es decisivo para el diagnóstico, aunque algunos de los síntomas clave de la enfermedad estén ausentes, como la alteración del esquema corporal. El paciente reconoce en todo momento verse muy delgado (no hay distorsión en la percepción corporal) y ha intentado corregirlo a expensas de aumentar la masa muscular (no grasa) en los gimnasios. Sí hay miedo a engordar (sobre todo en relación al tejido adiposo).

Sin embargo, estos síntomas están también ausentes en otras culturas. La mayor parte de los estudios sobre trastornos de la conducta alimentaria llevados a cabo en

países asiáticos ponen de relieve la ausencia del miedo a engordar en sus pacientes anoréxicas<sup>3</sup> y no parecen tener alterado su esquema corporal<sup>4</sup>.

En tales circunstancias, tal como sugiere Toro<sup>5</sup>, el miedo a engordar como síntoma de anorexia nerviosa o como factor causal de la misma no tendría por qué ser universal, en la medida en que existen otras razones para provocar y mantener un adelgazamiento excesivo.

El miedo a envejecer se ha objetivado como factor precipitante de anorexia nerviosa en la edad tardía<sup>6</sup> y queda reflejado en la literatura, tal como se recoge en el cuento de *El inmortal* de Borges<sup>7</sup>: «El cuerpo era un sumiso animal doméstico y le bastaba cada mes la presencia de unas horas de sueño, de un poco de agua y de una piltrafa de carne. Que nadie quiera rebajarnos a ascetas. No hay placer más complejo que el pensamiento y a él nos entregáramos. Miro mi cara en el espejo para saber quién soy para saber cómo me portaré dentro de unas horas, cuando me enfrente con el fin. Mi carne puede tener miedo, yo no».

A lo largo de la historia se recogen restricciones alimentarias de distinta índole: en la edad media de tipo religioso, sin experimentar distorsión en la imagen corporal, recogido en el libro de Rudolph Bell<sup>8</sup>; artistas ayunadores profesionales en los siglos XVI y XVII retratados por Kafka<sup>9</sup> y otros caminos que conducen a la desnutrición y que en individuos vulnerables pueden conducir a la presentación de la enfermedad e incluso a la muerte. El escritor Knut Hamsun (Premio Nobel de Literatura en 1920) lo pone de manifiesto en su obra *Hambre*<sup>10</sup>: «Cada vez que sentía el hambre durante demasiado tiempo notaba claramente como si el cerebro se me escapara de la cabeza y me dejara vacío. Mi cabeza se volvía ligera, flotaba, no podía sentir su peso sobre los hombros... Había llegado a la dichosa locura del hambre: estaba vacío, libre de todo dolor, y mis pensamientos habían perdido el control».

De hecho muchos de los síntomas atribuibles a la anorexia nerviosa pueden ser secundarios a la desnutrición según Pirke y Ploog<sup>11</sup> y aparecieron en sujetos sanos sometidos a una dieta restrictiva severa durante 6 meses en el experimento realizado en Minnesota<sup>12</sup> con objetores de conciencia, como alternativa al servicio militar y la guerra de Corea en 1950 (difícilmente reproducible hoy día por razones obvias).

Con ello se trata de resaltar que algunos de los trastornos de la conducta alimentaria pueden cursar sin alteraciones en la imagen corporal y sin fobia al peso, como ocurre en otras culturas y en otras épocas, lo que puede dificultar el diagnóstico precoz y puede cronificar el cuadro (en el caso de este paciente hay un tiempo de 3 años entre el ingreso en la UCI y la consulta psiquiátrica manteniendo el mismo peso), aunque es fundamental la existencia de una autoinanición y un cierto grado de malnutrición (y sus consecuencias físicas y psicológicas) para el diagnóstico de la enfermedad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ploog D. The importance of physiologic, metabolic and endocrine studies for the understanding of anorexia ner-

- vosa. The psychobiology of anorexia nervosa. Berlín: Springer-Verlag, 1989.
2. Halmi KA. A multi-modal model for understanding and treating eating disorders. *J Women's Health* 1994;3:487-93.
  3. Lee S. Anorexia nervosa in Hong Kong. A Chinese perspective. *Psychol Med* 1991;21:703-11.
  4. Lee S, et al. How abnormal is the desire for slimness? A survey of eating attitudes and behaviour among Chinese undergraduates in Hong Kong. *Psychol Med* 1993;23: 437-51.
  5. Toro J. El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Ariel, 1996.
  6. Gupta MA. Fear of aging: a precipitating factor in late onset anorexia nervosa. *Int J Eating Disord* 1990; 2:221-4.
  7. Borges JL. *El Aleph*. Madrid: Unidad Editorial, 1999.
  8. Bell R. *Holy anorexia*. University of Chicago Press, 1985.
  9. Kafka. *Un artista del hambre*. Madrid: Alianza, 1980.
  10. Hamsun K. *Hambre*. Madrid: De la Torre, 1997.
  11. Pirke & Plooge. Biology of human starvation. *Handbook of eating disorders: part 1. Anorexia and bulimia nervosa*. New York, 1987; p. 79-102.
  12. Garner & Garfinkel. *Handbook of treatment of eating disorders. Psychoeducational principles in treatment*. New York: The Guilford Press, 1997; p. 153-71.