



Nota Clínica

Disfagia no orofaríngea con alta frecuentación en Urgencias *Non-oro-pharyngeal dysphagia with frequent Emergency Room attendance*

Ángel Rebollo-Román¹, Ana Barrera-Martín¹, M.^a Dolores Alcántara-Laguna¹, Eva Iglesias-Flores², Ernesto Cañada-Sanz³, José Carlos Padillo-Cuenca¹, M.^a José Molina-Puertas¹ y Alfonso Calañas-Continente¹

UGC de ¹Endocrinología y Nutrición, ²Aparato Digestivo y ³Salud Mental. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Resumen

Palabras clave:

Trastorno de la alimentación.
Evitación/restricción ingesta. Soporte nutricional.
Diagnóstico.
Tratamiento.

Introducción: el trastorno de evitación/restricción de la ingesta alimentaria es una nueva categoría diagnóstica en el espectro de trastornos de la alimentación. Su reciente aparición explica la falta de estudios que evalúen el tratamiento y seguimiento de pacientes con esta patología.

Caso clínico: presentamos el caso de un paciente de 20 años con disfagia de tres semanas de evolución y pérdida del 20% de peso, diagnosticado de trastorno de evitación/restricción de la ingesta alimentaria tras descartar organicidad del proceso, con necesidad de nutrición parenteral y enteral como tratamiento nutricional hasta mejoría clínica.

Discusión: en este paciente, la desnutrición calórica grave secundaria al trastorno alimentario hizo necesario recurrir al aporte parenteral y enteral hasta la modificación conductual y la reintroducción paulatina de la alimentación por vía oral. La ausencia de tratamiento etiológico hace que la terapia conductual junto con la corrección de los déficits nutricionales sean la base del manejo.

Abstract

Key words:

Eating disorder.
Avoidant/restrictive food intake disorder.
Nutritional support.
Diagnosis. Treatment.

Background: avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) is a new eating disorder category among eating disorders. Its recent incorporation explains the lack of studies evaluating the optimal treatment and follow-up of patients with this disorder.

Case report: we present the case of a 20-year-old patient with 3-week dysphagia and 20% weight loss. After ruling out organic disorders, he was diagnosed with ARFID and required parenteral and tube feeding until the improvement of the eating disorder.

Discussion: in this patient, severe caloric malnutrition secondary to the eating disorder made it necessary to turn to the parenteral and enteral approach until the behavioral modification and progressive food exposure were effective. The absence of etiological treatment makes cognitive behavioral intervention, along with the correction of nutritional deficiencies, the preferred approach.

Recibido: 22/03/2018 • Aceptado: 27/03/2018

Rebollo-Román Á, Barrera-Martín A, Alcántara-Laguna MD, Iglesias-Flores E, Cañada-Sanz E, Padillo-Cuenca JC, Molina-Puertas MJ, Calañas-Continente A. Disfagia no orofaríngea con alta frecuentación en Urgencias. Nutr Hosp 2018;35(4):996-998

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.1933>

Correspondencia:

Ángel Rebollo Román. UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Reina Sofía. Av. Menéndez Pidal, s/n. 14004 Córdoba
e-mail: rebollo.ang@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La alimentación selectiva o trastorno de evitación/restricción de la ingesta alimentaria, también conocido como ARFID por sus siglas en inglés, constituye una nueva categoría de trastornos de la alimentación. La reciente inclusión de esta categoría en la quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) (1) hace que no se conozcan en profundidad el diagnóstico, el tratamiento y la evolución de estos pacientes.

CASO CLÍNICO

Se presenta la historia clínica de un paciente de 20 años que acude a Urgencias por disfagia en numerosas ocasiones.

Entre sus antecedentes personales destaca que fue intervenido en la infancia de una atresia esofágica sin secuelas.

Consulta en el Servicio de Urgencias por disfagia progresiva con dificultad para la deglución de sólidos y dificultad intermitente para la deglución de líquidos de tres semanas de evolución, tras una faringitis vírica ya resuelta.

La exploración física, constantes y radiografía cervical realizadas durante esa visita a Urgencias fueron normales, por lo que se derivó al paciente al Servicio de Digestivo para estudio ambulatorio.

El paciente vuelve a consultar refiriendo un empeoramiento progresivo, con pérdida ponderal y sensación de impactación de la comida al tragar, que describe como "asfixiante". Tanto la exploración física como las constantes y pruebas complementarias realizadas (radiografía de tórax, rinofibrolaringoscopia y analítica con glucosa, función renal, sodio, potasio, magnesio, enzimas hepáticas, hemograma y coagulación) fueron normales.

También se realizó una endoscopia digestiva alta en la que se observó un anillo en tercio medio esofágico, permeable, del cual se tomaron muestras. El paciente ingresa en ese momento en el Servicio de Digestivo, 45 días después de la primera consulta en Urgencias y tras cuatro visitas repetidas en este Servicio.

Se solicita valoración por el Servicio de Endocrinología y Nutrición. En el momento del ingreso, presenta la siguiente antropometría: peso habitual, 88 kg; peso al ingreso, 68 kg; talla, 1,68 m; IMC, 24,1 kg/m²; 22,7% de pérdida de peso en dos meses; proteínas, 7,1 g/dl; albúmina, 4,4 g/dl; prealbúmina, 16 mg/dl; y transferrina, 212 mg/dl.

La analítica general realizada, que incluía glucosa, función renal y hepática, perfil lipídico, sodio, potasio, cloro, magnesio, fósforo, hierro, ferritina ácido fólico, hemograma y coagulación, es normal.

Con el juicio clínico de desnutrición calórica grave secundaria a disfagia en estudio, se comenzó tratamiento nutricional con nutrición enteral por sonda nasogástrica. Dada la necesidad de retirar la sonda en repetidas ocasiones para poder realizar adecuadamente las diversas pruebas digestivas funcionales y de imagen programadas al paciente, y dado también el consiguiente retraso en el tratamiento nutricional que de ello se deriva, se decidió comenzar con nutrición parenteral total a través de un catéter central de inserción periférica antecubital derecho.

Las pruebas complementarias realizadas durante su ingreso y los resultados obtenidos fueron:

- Manometría: espasmo esofágico difuso leve.
- Endoscopia: normal.
- Estudio baritado: signos posquirúrgicos en esófago superior y hernia de hiato por deslizamiento. Sin signos de reflujo gastroesofágico.

Una vez realizadas las pruebas pertinentes se descartó la organicidad del proceso.

Desde el punto de vista nutricional, se realizó la reintroducción alimentaria de forma paulatina, manteniendo la nutrición parenteral total y corrigiendo simultáneamente algunas malas actitudes adquiridas por el paciente antes de su ingreso en relación con la alimentación (por ejemplo, escupir saliva entre bocados).

En aquel momento, tanto el enfermo como su familia mostraban desconfianza y mala predisposición ante el personal sanitario por la ausencia de resultados concluyentes en las pruebas y el ingreso prolongado.

Se probó tolerancia a líquidos con buenos resultados y se fue progresando paulatinamente la dieta, comenzando con purés claros y suplementos nutricionales. En esta fase de la evolución, el paciente presentó un ataque de pánico con la ingesta, por lo que precisó retroceder nuevamente a la dieta líquida.

Se reforzó la ausencia de organicidad, tanto al paciente como a sus familiares, y se insistió en la importancia de la ingesta por vía oral. Se le permitió liberalizar la dieta con la toma de alimentos preparados en el domicilio, así como de zumos y compotas. Ante la sospecha de un trastorno de evitación de la ingesta alimentaria, el paciente y su familia aceptaron la valoración psiquiátrica. En esta evaluación se confirmó una dificultad para la deglución por temor al atragantamiento con evitaciones que empeoraba la evolución de su patología. Se pautó tratamiento ansiolítico en caso de padecer crisis de ansiedad. La tolerancia oral del paciente fue mejorando y se procedió al alta con omeprazol 20 mg/día y lorazepam 1 mg a demanda como tratamiento domiciliario.

DISCUSIÓN

La alimentación selectiva constituye una nueva categoría diagnóstica en el conjunto de trastornos de la alimentación incluidos en el DSM-5, publicado en el año 2013 (1).

Para el diagnóstico de esta patología ha de existir una evitación o restricción persistente en la ingesta de alimentos que (1,2): a) no se explique por una patología médica o psiquiátrica subyacente; b) no sea debida a una tradición cultural, religiosa o falta en la disponibilidad de alimentos; y c) no ocasione distorsión de la imagen corporal y preocupación por el peso.

Además, debe manifestarse con al menos una de las siguientes: a) pérdida ponderal significativa o incapacidad para alcanzar la curva normal de crecimiento para su sexo y edad en el caso de niños y adolescentes; b) deficiencia nutricional severa; c) necesidad de suplementación nutricional (oral o enteral); y d) afectación en la esfera psicosocial debida a la incapacidad para una alimentación adecuada.

Existen varios subgrupos de ARFID en función de la presentación clínica (3):

1. Evitación alimentaria sensorial.
2. Evitación alimentaria relacionada con la ansiedad.
3. Evitación alimentaria relacionada con el miedo.
4. Evitación alimentaria relacionada con el temperamento.
5. Evitación alimentaria relacionada con sintomatología.

Este paciente podría tener un trastorno de evitación/restricción de la ingesta alimentaria relacionada con el miedo ya que se cumplen los criterios diagnósticos previamente señalados, siendo la disfagia funcional el síntoma causante de la evitación alimentaria.

Los estudios epidemiológicos de esta patología son escasos debido a su reciente definición. Si comparamos las características de los pacientes diagnosticados con ARFID con las de pacientes con anorexia nerviosa o bulimia se observa una mayor proporción de hombres, una mayor duración del trastorno hasta el diagnóstico y un IMC más alto en aquellos pacientes diagnosticados de ARFID. Además, también es mayor la proporción de trastorno de ansiedad generalizada en pacientes con ARFID (4).

Además de las características clínicas propias del cuadro ya descritas, los trastornos de ansiedad son comunes entre los pacientes con ARFID, llegando a una prevalencia del 70% en algunas revisiones.

El tratamiento debe dirigirse a la modificación conductual y a la evaluación nutricional para la corrección de los posibles déficits. Debido a que la presentación clínica del trastorno es muy heterogénea, es difícil establecer unas recomendaciones generales. Lo que sí parece claro es que cuanto mayor sea la duración del trastorno, más difícil será la modificación conductual.

Siempre que aparezca alguna comorbilidad psiquiátrica habrá que iniciar tratamiento farmacológico. Generalmente, los inhibidores de la recaptación de serotonina constituyen la primera línea de tratamiento para los trastornos de ansiedad y los depresivos. En nuestro paciente no se consideró necesaria esta opción terapéutica.

Un plan de nutrición estructurado con introducción paulatina de alimentos es la base del tratamiento en la mayoría de las series de casos publicadas hasta el momento junto con técnicas de relajación. La introducción de alimentos en los casos con miedo al atragantamiento debe ser progresiva (5). En algunos pacientes es necesario el ingreso hospitalario, sobre todo si no es posible la ingesta por vía oral o si es necesario descartar patologías médicas subyacentes, como en el caso del paciente que presentamos.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
2. Mammel KA, Ornstein RM. Avoidant/restrictive food intake disorder: a new eating disorder diagnosis in the Diagnostic and Statistical Manual 5. *Curr Opin Pediatr* 2017;29:407-13.
3. Bryson AE, Scipioni AM, Ornstein RM. Avoidant/restrictive food intake disorder: categorization of subtypes and longitudinal outcomes after day hospitalization. *J Adolesc Health* 2017;60:S45-6.
4. Zimmerman J, Fisher M. Avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID). *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2017;47:95-103.
5. Thomas JJ, Brigham KS, Sally ST, Hazen EP, Eddy KT. Case 18-2017: an 11-year-old girl with difficulty eating after a choking incident. *N Engl J Med* 2017;376:2377-86.