

TRASTORN DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA NO ESPECIFICAT POST INTERVENCIÓ QUIRÚRGICA DE CIRURGIA BARIÀTRICA



Estanislao Mur Milà
Sònia Ortiz Valén
Pedro Cordero Asanza
Aida De Arriba Arnau

Supervisió: Dra Núria Custal

Unitat de Psiquiatria
Hospital Universitari de Bellvitge

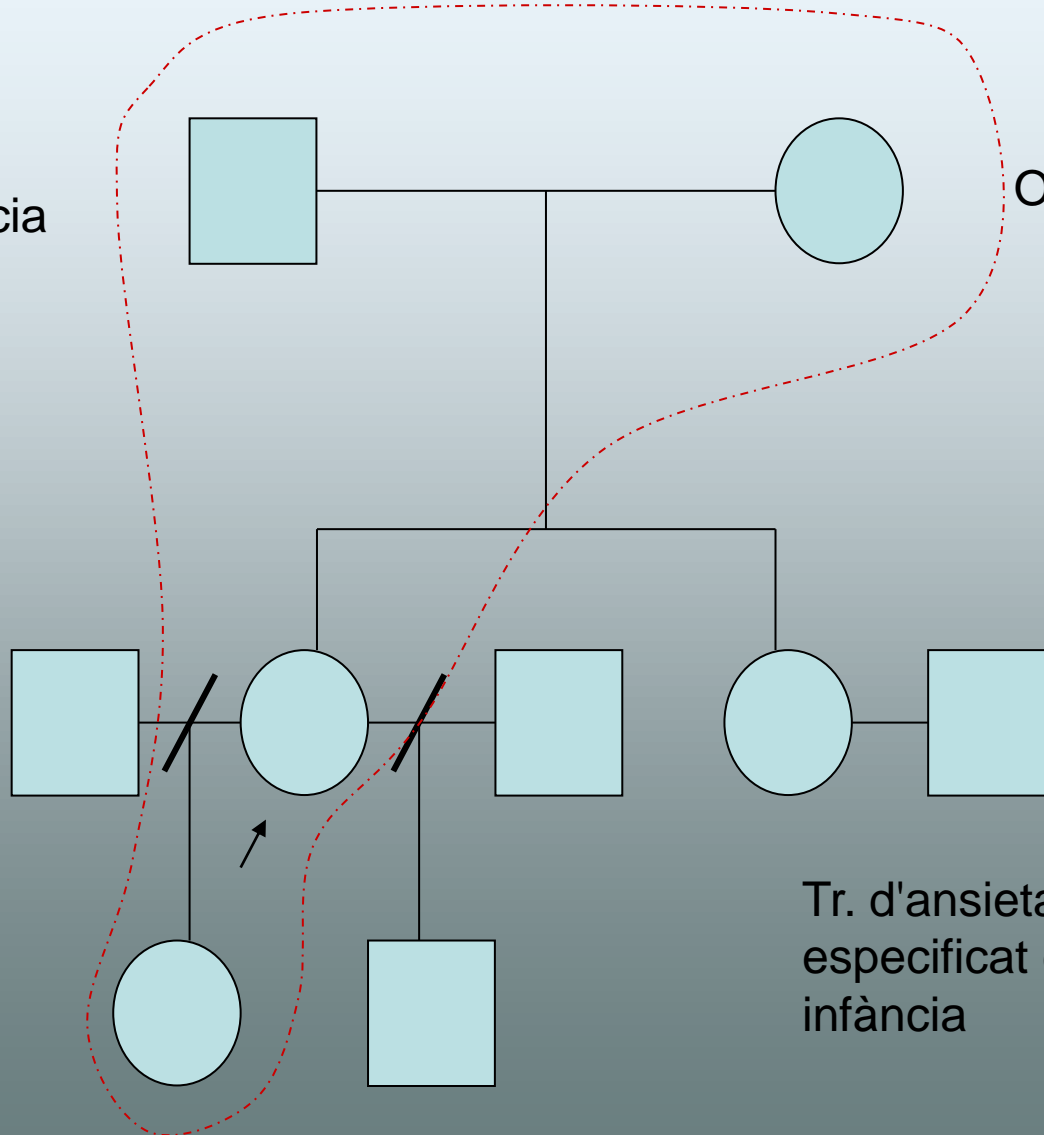
CAS CLÍNIC

- Pacient dona de 29 anys
- Antecedents mèdics:
 - Al·lèrgia a metamizol
 - Fumadora de 7.5 paquets/any
 - No altres hàbits tòxics
 - No altres antecedents medicoquirúrgics

ANTECEDENTS FAMILIARS

Tr. per dependència d'alcohol

Obesitat mòrbida



Tr. d'ansietat no especificat en la infància

PSICOBIOGRAFIA I

- Natural de l'Hospitalet de Llobregat
- Fruit d'un embaràs sense incidències i part eutòcic
- Sense alteracions en el desenvolupament psicomotor
- Des de la infància es manifesta com una **nena solitària amb tendència a l'aïllament social i una escassa expressivitat emocional**

PSICOBIOGRAFIA II

- Estudis secundaris fins els 16 anys
 - Mal rendiment escolar
 - Avaluació per psicopedagog puntualment
- Edat adulta:
 - Inestabilitat en el manteniment de relacions interpersonals
 - Dificultat per a l'adaptació laboral
 - Activitats laborals durant períodes curts de temps

HISTÒRIA ALIMENTÀRIA

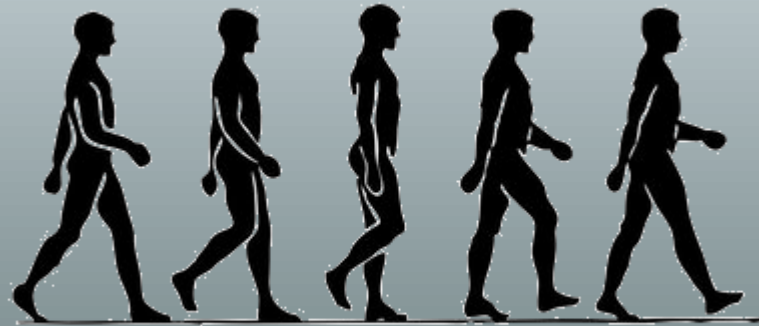


pezz'04

EVOLUCIÓ DURANT LA INFÀNCIA

- Normopes al néixer
- **2-4 a:** augment ponderal progressiu fins a assolir sobrepès
- **12 a:** Menarquia
- Tendència al picoteig
- **15 a:** inicia seguiment per endocrinòleg per obesitat (95 kg):
 - Pèrdua ponderal parcial
 - Baixa adhesió a pautes dietètiques

INICI DE SEGUIMENT AMBULATORI



EVOLUCIÓ TEMPORAL



CEXT END

17 anys

IMC 54 Kg/m², pes 154.4 Kg



17 ANYS

- Primera visita a la Unitat d'Endocrinologia
 - **Índex de massa corporal (IMC): 54 kg/m²**
 - **Pes: 154.4kg**
 - Obesitat mòrbida
- Presentava: hiperorèxia, apetència per dolços, conductes de picoteig, baixa activitat física i escassa consciència en relació al problema d'obesitat

VALORACIÓ PER PSIQUIATRIA A HUB

No s'objectiva psicopatologia

S'objectiva una personalitat inmadura, conducta pueril i un possible coeficient intel·lectual baix.

17 - 20 ANYS

- Seguiment pel servei d'Endocrinologia i Nutrició:
 - Compliment irregular de pautes dietètiques.
 - Oscil·lacions ponderals
 - Disminució màxima de 14 kg de pes
 - Balanç final de pes positiu respecte a l'inici
- Es desvincula del seguiment durant els 2 anys següents

CEXT END

17 anys

IMC 54 Kg/m², pes 154.4 Kg



DESVINCULACIÓ

2 ANYS

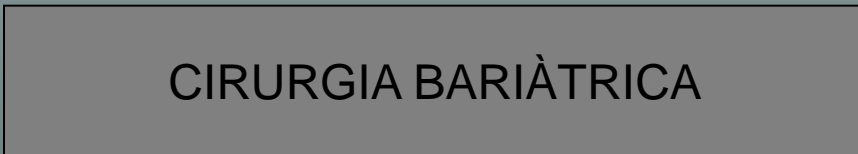


CEXT END

22 anys

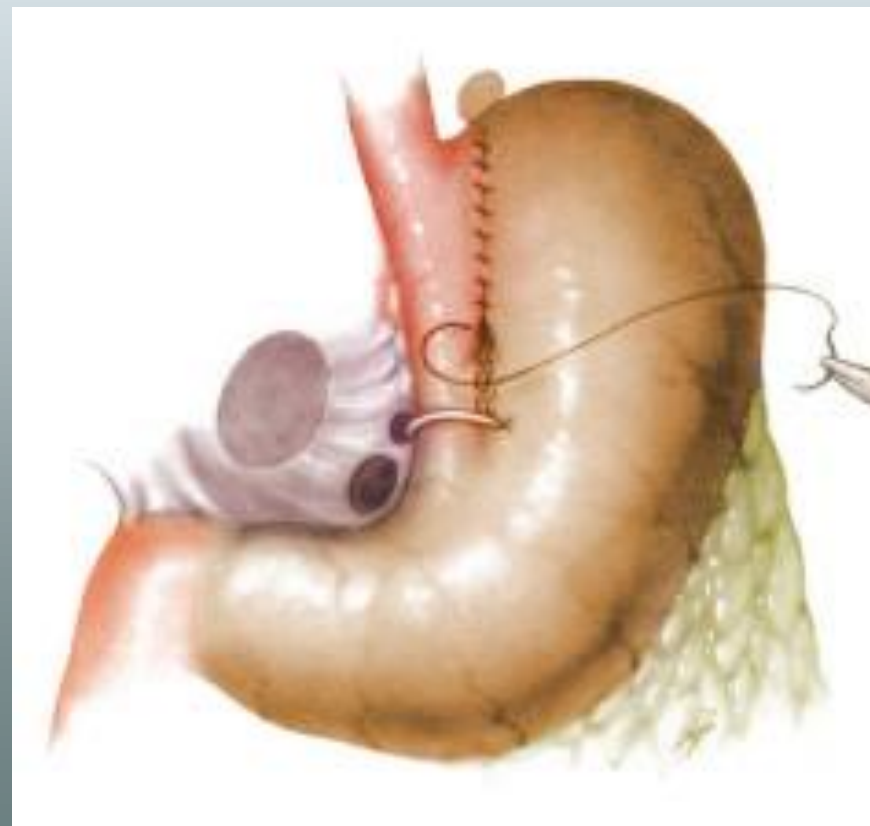
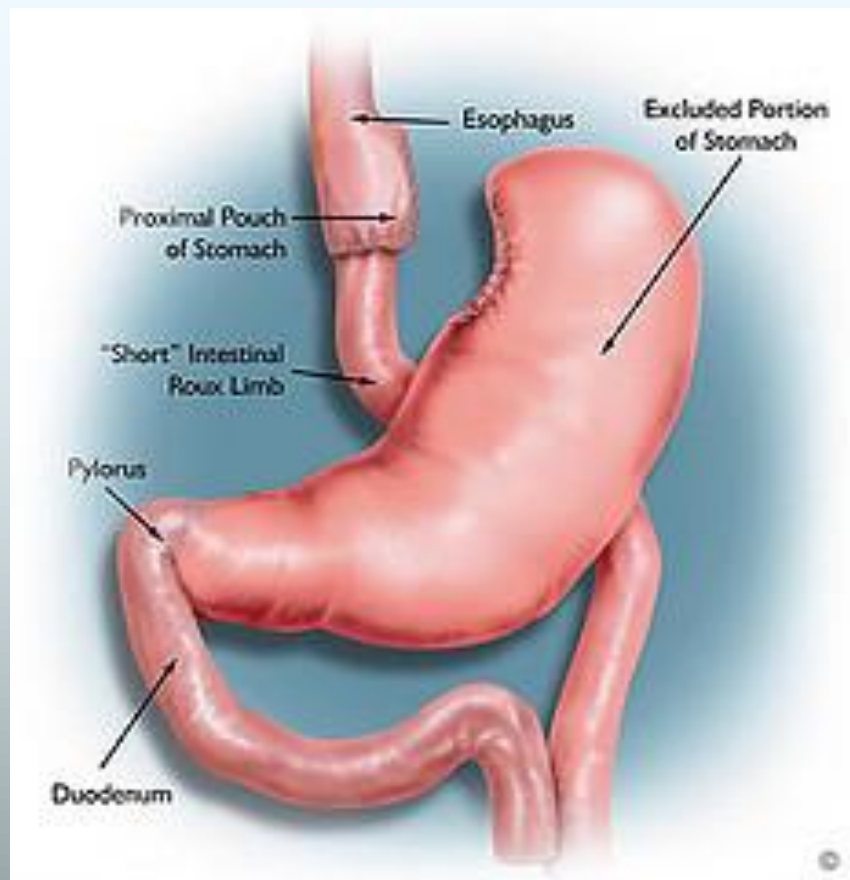
IMC 72 Kg/m², pes 210 kg

CIRURGIA BARIÀTRICA



22 ANYS

- Reinicia controls amb Endocrinologia:
 - IMC de 72 kg/m²
 - Pes: 210 kg
- Donats els antecedents de mala resposta al tractament mèdic es programa **cirurgia bariàtrica electiva**:
 - **Gastroplastia vertical i bypass gàstric**



22 ANYS

- Reinicia controls amb Endocrinologia:
 - IMC de 72 kg/m²
 - Pes: 210 kg
- Donats els antecedents de mala resposta al tractament mèdic es programa **cirurgia bariàtrica electiva**:
 - **Gastroplastia vertical i bypass gàstric**

Evolució:

- Inicialment favorable
- Sense complicacions a curt-mig termini excepte:
 - Dèficit de calci + anèmia ferropènica
 - Tractament endovenós per intolerància a la via oral i intramuscular.

Abandonament del seguiment mèdic durant 3 anys.

CEXT U-TCA OD: TCA no especificat

26 anys

IMC 25.2 Kg/m², pes 72 Kg

CEXT END

17 anys

IMC 54 Kg/m², pes 154.4 Kg

DESVINCULACIÓ

2 ANYS

DESVINCULACIÓ

3 ANYS

CEXT END

22 anys

IMC 72 Kg/m², pes 210 kg

CIRURGIA BARIÀTRICA

26 ANYS

- Valoració a Unitat de Trastorns de la Conducta Alimentària del servei de Psiquiatria
- **Pes: 72 Kg**
- **IMC: 25.2 Kg/m²**
- Clínica d'un any d'evolució:
 - Conductes purgatives (vòmits postprandials autoinduïts)
 - Distorsió de l'autoimatge
 - NO abús de diürètics ni laxants
 - NO restricció dietètica ni hiperactivitat física
 - NO afartaments
- Avaluació clínica i psicomètrica:
 - Trets immadurs de personalitat
- OD: TCA no especificat
- S'indica teràpia psicològica grupal setmanal
- **No es vincula**

CEXT U-TCA OD: TCA no especificat

26 anys

IMC 25.2 Kg/m², pes 72 Kg

CEXT END

17 anys

IMC 54 Kg/m², pes 154.4 Kg

DESVINCULACIÓ

1 ANY

DESVINCULACIÓ

2 ANYS

DESVINCULACIÓ

3 ANYS

CEXT END

22 anys

IMC 72 Kg/m², pes 210 kg

CIRURGIA BARIÀTRICA

CEXT END

27 anys

IMC 10 Kg/m²

Pes 30 Kg

27 ANYS

- Nova consulta al servei d'Endocrinologia 1 any després des l'ultima visita a Psiquiatria
 - Caquèxia extrema
 - **IMC de 10 kg/m²**
 - **Pes 30kg**
 - Conductes purgatives (3-5 vòmits autoinduïts/dia).
 - Cabells fràgils
 - Boca sèptica + pèrdua de peces dentàries
 - Edemes bimaleolars amb fòvea
 - Úlcera sacra
 - Deshidratació severa + Hipoalbuminèmia
- Es decideix ingrés a Unitat d'Endocrinologia

CEXT U-TCA OD: TCA no especificat

26 anys

IMC 25.2 Kg/m², pes 72 Kg

CEXT END

17 anys

IMC 54 Kg/m², pes 154.4 Kg

DESVINCULACIÓ

1 ANY

DESVINCULACIÓ

2 ANYS

DESVINCULACIÓ

3 ANYS

CEXT END

22 anys

IMC 72 Kg/m², pes 210 kg

CEXT END

27 anys

IMC 10 Kg/m²

Pes 30 Kg

CIRURGIA BARIÀTRICA



INGRÉS A ENDOCRINOLOGIA



INGRÉS A ENDOCRINOLOGIA

- Vòmits postprandials autoinduits
- Conductes disruptives respecte el tractament:
 - Automanipulació de nutrició enteral
 - Maneig afectiu de familiars
 - Maneig de personal sanitari
 - Incompliment de normes terapèutiques
- Contenció mecànica
- Ingrés involuntari
- Evolució ponderal tòrpida → manca de col·laboració en l'adhesió al tractament per part de pacient i familiars

INGRÉS A ENDOCRINOLOGIA

- 5 mesos d'ingrés:
 - Complicacions mèdiques greus:
 - Pneumotòrax bilaterals de repetició
 - Hemorràgia digestiva alta
 - Sepsis per *Staphylococcus Aureus* Meticilin-resistent
 - IMC de 12.6 kg/m²:
 - **Trasllat a la Unitat de Psiquiatria**

INGRÉS A PSIQUIATRIA



EXPLORACIÓ PSICOPATOLÒGICA A L'INGRÉS

- Lleu enlentiment psicomotriu
- Caquèxia extrema
- Actitud pueril amb tendència al maneig de l'entrevista
- Impressiona d'empobriment cognitiu
- Discurs centrat en queixes entorn a les normes de l'ingrés
- Afecte poc ressonant
- Distorsió de l'autoimatge corporal
- Nul·la consciència de trastorn

PROVES COMPLEMENTÀRIES A L'INGRÉS

- Analítica:
 - Hipopotassèmia
 - Hipocalcèmia
 - Hipofosfatèmia
 - Anèmia ferropènica
 - Hipoproteinèmia (hipoalbuminèmia)
- TAC craneal: Atròfia global diacrònica amb l'edat de la pacient

EVOLUCIÓ

- 2 setmanes: No visites de familiars
- Visites familiars supervisades per personal d'infermeria
- Fins a IMC de 14.5 kg/m²:
 - Sonda nasogàstrica i contenció mecànica
- IMC > 14.5 kg/m²:
 - Transició a dieta oral normocalòrica progressivament
 1. Tolerància oral
 2. 50% dieta
 3. 75% dieta
 4. 100% dieta
- Increment ponderal progressiu

EVOLUCIÓ

- Dificultats persistents en relació a:
 - Ingestes
 - Conductes de purga
 - Manipulació de l'entorn
- Disfuncions cognitives i caracterials:
 - Escassa capacitat d'introspecció i consciència de la patologia alimentària
 - Discurs de empobrit
 - Tendència a la heteropunió

Impossibilitat un abordatge cognitiu del trastorn, limitant-se aquest a aspectes conductuals

ALTA

- **IMC de 17 kg/m²**
- **Pes 48.2 kg**
- Tractament psicofarmacològic
 - Mirtazapina 30 mg/dia
- Seguiment a Hospital de Dia de TCA

EVOLUCIÓ A L'ALTA



CONTROL AMBULATORI

- La pacient no es vincula a Hospital de Dia
- Acut a visites de seguiment ambulatòries **3 mesos** després de l'alta hospitalària
- Actualment correcta vinculació a Consultes Externes de TCA
 - Correcte registre alimentari
 - Aparent bon compliment de pautes dietètiques

EVOLUCIÓ PONDERAL

- 20/03/2010: Pes 48.8; *IMC*: 17
- 30/06/2010: Pes 75.1; *IMC*: 26.3
- 28/07/2010: Pes 76.9; *IMC*: 26.9
- 15/09/2010: Pes 80.1; *IMC*: 28
- 03/11/2010: Pes 82.2; *IMC*: 28.8

} + 26.9 Kg

Menstruació

REVISIÓ



IMPORTÀNCIA VALORACIÓ PRE-IQ

- La obesitat severa està associada amb alts nivells de comorbiditat mèdica i psiquiàtrica(1).
- Estudis publicats objectiven en pacients candidats a cirurgia bariàtrica (1,2):
 - 38 - 55.5% de comorbiditat en l'eix I:
 - Trastorns afectius (14%)
 - Trastorns d'ansietat (23%)
 - Trastorns per afartament (15%)
 - 20 - 41% en tractament psicofarmacològic:
 - Antidepressius (30%)
 - Ansiolítics (6.6%)
 - Antipsicòtics (3.3%)
 - 16% en seguiment psiquiàtric

ENTREVISTA PRE-IQ

- Antecedents somàtics
 - Medicació somàtica habitual
- Història toxicològica
 - Consum actual
- Antecedents psiquiàtrics familiars
- Antecedents psiquiàtrics personals
 - Antecedents de conductes TCA
 - Tractament psicofarmacològic
- Hàbits alimentaris
- Exploració psicopatològica
- Orientació diagnòstica
- Valoració i actitud terapèutica

IMPORTÀNCIA VALORACIÓ POST-IQ

- L'aparició d'alteracions subsindròmiques de la conducta alimentària és una complicació freqüent⁽³⁾
- Increment de nous casos de formes completes de TCA^(4,5):
 - Tipus:
 - Anorèxia nerviosa
 - Bulímia nerviosa
 - Trastorn per afartament
 - Major velocitat de pèrdua ponderal
- **Actualment:**
 - Seguiment per part de Endocrinologia i Nutrició
 - Seguiment per Psiquiatria en casos de simptomatologia psiquiàtrica concomitant

BIBLIOGRAFIA

- (1) Marcus MD, Kalarchian MA, Courcoulas AP. Psychiatric evaluation and follow-up of bariatric surgery patients. *Am J Psychiatry*. 2009; 166(3):285-91.
- (2) Mühlhans B, Horbach T, De Zwaan M. Psychiatric disorders in bariatric surgery candidates: a review of the literature and results of a German prebariatric surgery sample. *General Hospital Psychiatry*. 2009; 31:414-21.
- (3) Kruseman M, Leimgruber A, Zumbach F, Golay A. Dietary, weight, and psychological changes among patients with obesity, 8 years after gastric bypass. *J Am Diet Assoc*. 2010; 110(4):527-34.
- (4) Segal A, Kinoshita K, Kusunoki D, Larino MA. Post-surgical refusal to eat: anorexia nervosa, bulimia nervosa or a new eating disorder? A case series. *Obes Surg*. 2004;14(3):353-60.
- (5) Scioscia TN, Bulik CM, Levenson J, Kirby DF. Anorexia nervosa in a 38-year-old woman 2 years after gastric bypass surgery. *Psychosomatics*. 1999; 40(1):86-8.



MOLTES GRÀCIES!