

**ANOREXIA NERVIOSA Y TUBERCULOSIS
PULMONAR. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

**ANOREXIA NERVOSA COMPLICATED BY
PULMONARY TUBERCULOSIS**

**Ignacio Jáuregui Lobera¹
Concepción Garrido de Arroquia y Noves²**

**1.Unidad TCA.
2.Servicio de Medicina Interna.**

**Hospital Infanta Luisa
Sevilla.**

ljl01@tcasevilla.com

RESUMEN

Se hace una revisión sobre la anorexia nerviosa complicada con tuberculosis pulmonar mediante la presentación de un caso.

PALABRAS CLAVE

Anorexia nerviosa, Tuberculosis pulmonar

ABSTRACT

A case report of anorexia nervosa complicated by pulmonary tuberculosis and review of risk of infection.

KEY WORDS

Anorexia nervosa, Pulmonary tuberculosis

INTRODUCCIÓN

Al hablar de complicaciones físicas en la anorexia nerviosa no suele citarse la tuberculosis salvo si entendemos como referencia la expresión “infecciones intercurrentes”. Sí suele citarse la existencia de alteraciones hematológicas y entre ellas ya Bowers y Eckert (1978) encontraban leucopenias con

neutropenias y linfocitosis relativas más o menos relevantes. En todo caso no parece haber unanimidad de criterios al considerar la existencia de una mayor propensión para sufrir infecciones. También se han citado alteraciones en los mecanismos inmunológicos de estos pacientes (Smith et al., 1985) como modificaciones en algunas fracciones de las inmunoglobulinas, disminución de la capacidad bactericida granulocítica y de la capacidad de adherencia de los polimorfonucleares junto con disminución del complemento y del activador del palsminógeno. Sours (1974) señala entre otras enfermedades intercurrentes las neumonías, las nefritis y la tuberculosis.

Sin embargo, aun con la escasez de citas al respecto, parece que hasta la era antibiótica las complicaciones más frecuentes de la anorexia eran las infecciones, en concreto las respiratorias. Especialmente las neumonías y la tuberculosis se cobraban muchas víctimas (Ryle, 1936; Tenholder, 1991). Tansini et al., (1959) describen dos casos de tuberculosis pulmonar asociada a anorexia nerviosa y Cravetto (1962) estudia la evolución clínico-radiológica de otros dos casos. En 1994, Ishii et al., publican el caso de una joven de 24 años con anorexia nerviosa complicada con tuberculosis pulmonar y, en el mismo año, Gupta y Sivakumar hallan en dos gemelos monozigotos que vivían juntos la presencia de tuberculosis pulmonar con ocasión de valoración durante ingreso para realimentación. Hotta et al., (2004) encuentran otros dos casos de tuberculosis pulmonar asociada a anorexia durante el tratamiento de la misma. Prácticamente todos los estudios hacen hincapié en el “hallazgo” casual de la tuberculosis coincidiendo con la valoración orgánica realizada durante el tratamiento de la anorexia nerviosa.

Según Rozman (2002), la tuberculosis es una infección que sigue afectando a una gran parte de la población mundial y presenta un aumento de incidencia en los años más recientes. Se trata de una infección crónica producida, fundamentalmente, por *Mycobacterium tuberculosis*. La forma habitual de contagio es la inhalación, rara vez por ingestión y excepcionalmente por inoculación cutánea. La infección primaria (primoinfección tuberculosa) suele ser asintomática. Meses o años más tarde puede producirse la enfermedad tuberculosa (tuberculosis de reactivación del adulto). La forma prevalente de la enfermedad es precisamente la tuberculosis pulmonar de tipo adulto. Se manifiesta por un infiltrado pulmonar y los síntomas que llevan al paciente a

consultar suelen ser de tipo respiratorio, fundamentalmente tos, expectoración y hemoptisis. Suele haber fiebre o febrícula y síndrome tóxico, pero ambos pueden estar ausentes. La imagen radiológica suele consistir en un infiltrado más o menos extenso con broncograma aéreo y tendencia a la ulceración. La baciloscopia y el cultivo de esputo, del aspirado bronquial o gástrico obtenido en ayunas son, casi siempre, positivos. La tendencia evolutiva de esta tuberculosis de reactivación del adulto es hacia la fibrosis como forma de limitación y curación de la infección.

CASO CLINICO

Varón que en 1997 solicita tratamiento, había sido diagnosticado de “Anorexia Nerviosa tipo Purgativo y Episodio Depresivo Moderado”. Con 19 años en el momento de la primera entrevista, en su psicobiografía se recogen datos que reflejan la existencia de acusados rasgos obsesivos de personalidad, autoexigente, disciplinado, meticuloso. Inicia restricciones alimentarias con 15 años a la vez que incrementa la actividad física. Pierde 24 kilos en 4 meses, se torna irritable y tiende al aislamiento. Desinterés sexual. Tras dos años de evolución aparecen atracones, vómitos y abuso de laxantes. Aumenta la hiperactividad y se va instaurando sintomatología depresiva que culmina en un gesto suicida. Tras el abandono de sus actividades habituales se agrava la sintomatología depresiva y el aislamiento social. En el momento de iniciar tratamiento ya se ha producido una cierta recuperación ponderal y la valoración antropométrica revela un IMC de 20. Persiste fuerte ideación anoréxica, insatisfacción corporal, atracones y vómitos.

Se procede a aplicar el tratamiento según protocolo que incluye abordaje psicofarmacológico, orientación nutricional, psicoterapia de orientación cognitivo-conductual y orientación familiar. Se observa buena evolución y el paciente solicita alta voluntaria en junio de 2000.

En septiembre de 2003 vuelve a solicitar tratamiento. El paciente ha seguido tratamiento psicológico con malos resultados. El estado físico (IMC de 16,03) y la sintomatología depresiva comórbida obligan a ingreso hospitalario. Durante el periodo junio-2000/septiembre-2003 el paciente ha vivido fuera del entorno

familiar, no ha habido control médico del tratamiento y el consumo de alcohol ha sido excesivo y habitual.

Durante el ingreso, se lleva a cabo la preceptiva valoración orgánica por el Servicio de Medicina Interna. En la anamnesis el paciente refiere astenia, quebrantamiento del estado general, tos, expectoración, sudoración nocturna y un episodio de hemoptisis.

En las pruebas de Laboratorio se recoge una elevada eritrosedimentación, anemia ferropénica con hemoglobina en 10,3, PCR elevada.

En la Radiografía de tórax se aprecian múltiples infiltrados intersticiales en ambos campos pulmonares junto con engrosamiento pleural apical.

Mantoux de 15 mm de induración.

Se realiza Fibrobroncoscopia y en la baciloscopia de broncoaspirado (BAS) se aislan BAAR con cultivo de Lowestwin-Jensen positivo para *Mycobacterium tuberculosis*.

Se instauro tratamiento con Rifampicina, Isoniacida y Pirazinamida durante los dos primeros meses y posteriormente con Rifampicina e Isoniacida durante diez meses.

Posteriormente se siguen controles ambulatorios con estudios radiográficos.

DISCUSIÓN

No parece, a la vista de la revisión bibliográfica, que la asociación Anorexia Nerviosa y Tuberculosis sea frecuente en nuestros días, a diferencia de tiempos pasados (Ryle, 1936)), aun cuando la prevalencia de la TBC ha aumentado en años recientes, entre otros factores, en paralelo con el SIDA (Rozman, 2002). Sin embargo es un hecho la importancia de las complicaciones físicas en los Trastornos Alimentarios.

En relación con las múltiples complicaciones físicas que pueden darse, en mayor o menor grado, en la Anorexia Nerviosa, las infecciones intercurrentes (Sours, 1974)) deben tenerse en cuenta en relación con las alteraciones inmunitarias, especialmente en casos de malnutrición sostenida, más aún asociada a consumo de alcohol u otros tóxicos.

Es de obligado cumplimiento la realización de una completa valoración orgánica en estos pacientes. El descuido en este sentido puede dar lugar a responsabilidades ético-legales.

Otra de las consideraciones que surgen del presente caso es la necesidad de llevar a cabo el tratamiento SIEMPRE en equipo interdisciplinario. Cualquier abordaje PARCIAL, “psicologización”, “psiquiatrización”, “medicalización”, puede dar lugar a graves omisiones en cualquier punto del proceso terapéutico.

REFERENCIAS

- Bowers TK, Eckert E. (1978): Leukopenia in anorexia nervosa. Lack of increased risk of infection. *Arch Intern Med*. 138:1520-1523.
- Cravetto C. (1962): Clinico-radiological aspects of evolutive tuberculosis in 2 cases of anorexia nervosa. *Folia Endocrinol*, 15: 879-84.
- Gupta K, Sivakumar K. (1994): Anorexia nervosa and tuberculosis: case reports and review of immune mechanisms. *Int J Eat Disord*, 15 (3): 301-4.
- Hotta M, Nahashima E, Takagi S, Itoda I, Numata T, Kobayashi N, Takano K. (2004): Two young female patients with anorexia nervosa complicated by Mycobacterium tuberculosis infection. *Intern Med*, 43 (5): 440-4.
- Ishii Y, Moneda T, Tsukaguchi K, Fu A, Takeuchi S, Tomoda K, Tokuyama T, Narita N. (1994): Anorexia nervosa complicated with pulmonary tuberculosis. *Kekkaku*, 69: 71-5.
- Rozman (2002): *Compendio de Medicina Interna* (2ª ed.). Barcelona: Harcourt.
- Ryle J.A. (1936): Anorexia nervosa. *Lancet*, 2: 893-899.
- Smith R.L.R, Spivack J.L. (1985): Marrow cell necrosis in anorexia nervosa and involuntary starvation. *Br J Haematol*, 60: 525-530.
- Sours J.A. (1974): The anorexia nervosa syndrome. *J Psychoanal*, 55:567-79.
- Tansini G, De Matteis M, Naldi F. (1959): Pulmonary tuberculosis in two cases of anorexia nervosa. *Osp Maggiore*, 47: 583-93.
- Tenholder M.F., Pike J.D. (1991): Effect of anorexia nervosa on pulmonary immunocompetence. *South Med J*, 84: 1188-1191.