

Maritza Rodríguez Guarín

Trastorno bipolar en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario¹

- Prevalencia
- Dimensiones clínicas de la bipolaridad
- Bipolaridad y trastornos del comportamiento alimentario
- Aproximación terapéutica

1 Conferencia dictada el día 3 de junio de 2005 en el marco del V Congreso Latinoamericano y XII Colombiano de Psiquiatría Biológica, realizado en Bogotá, del 2 al 4 de junio de 2005.

LA COMORBILIDAD de los trastornos del comportamiento alimentario es la regla más que la excepción, razón por la cual uno de los objetivos del tratamiento es realizar un diagnóstico precoz e iniciar el tratamiento adecuado. Si de por sí, la bipolaridad posee un pronóstico reservado, cuando coexiste con los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) se ensombrece mucho más.

PREVALENCIA

Las cifras de prevalencia del trastorno afectivo bipolar (TAB) suscitan controversia. El estudio de KESSLER que es un estudio clásico epidemiológico mostró que la prevalencia del TAB en la población general, en adultos es de 1.0-1.6%, y en el grupo de 9-17 años es de 1.2%. La encuesta ECA observó una prevalencia de 0.8% para el TAB-I y de 0.5% para el TAB-II, cifras que más o menos coinciden con los datos preliminares de la encuesta de población general de salud mental desarrollada en Colombia durante el año 2.003, en donde la probabilidad para el TAB-I es de 0.8% y de 0.2% para el TAB-II.

Sin embargo, varios expertos en TAB consideran que el TAB-II es la forma más frecuente en adolescentes y que justamente en los jóvenes predominan las formas subsindromáticas más que los síndromes completos y que la ciclicidad del trastorno bipolar está mucho menos definida, elementos clínicos que hacen que el diagnóstico sea más complejo.

El estudio de ANGST (1998) con una cohorte comunitaria de adultos jóvenes que siguió en Suiza durante 20 años reporta una prevalencia de 10.9% para el TAB-II y del 9.4% para las formas menores o cuadros subsindromáticos. Al calcular la prevalencia total del espectro bipolar se encontró una cifra cercana al 20%.

DIMENSIONES CLÍNICAS DE LA BIPOLARIDAD

AKISKAL ha identificado varios fenotipos de bipolaridad que dependen de las manifestaciones clínicas y sugiere que para hacer el diagnóstico de TAB-II se deben tener en cuenta los episodios de hipomanía menores a cuatro días y dejar de lado el criterio del DSM-IV, que considera que la duración del episodio de hipomanía debe ser superior a cuatro días. En la práctica clínica con frecuencia observamos episodios cortos de hipomanía

y en la medida que la sintomatología se hace más psicótica y más severa, la prevalencia disminuye. Esto quiere decir que las formas más severas de bipolaridad son las menos prevalentes y corresponden a los pacientes que usualmente vemos en las unidades de atención de salud mental en los hospitales generales, en tanto que las formas clínicas del TAB-II y los demás fenotipos descritos por AKISKAL se observan con mayor frecuencia en los programas de consulta externa en atención primaria y en nuestros consultorios particulares (TABLA 1).

TABLA 1

Prevalencia de los fenotipos bipolares propuestos por Akiskal (2003)

| Subtipo clínico | Prevalencia |
|-----------------|-------------|
| TAB II (2 días) | 5 % |
| TAB II (4 días) | 1 % |
| TAB I | 0.8 % |
| Esquizobipolar | 0.5 % |

En el TAB-II se considera que la labilidad afectiva es el fenómeno nuclear y es definitivamente un predictor de desenlace del trastorno. Cuando coexiste con una disposición temperamental con confluencia de características ciclotímicas, ansiosas e impulsivas, se expresa en una gama amplia de trastornos del humor, trastornos de ansiedad, trastornos en el control de los impulsos y de trastornos de la alimentación.

El espectro bipolar es el fenotipo más frecuente en adolescentes y adultos jóvenes, posee una ciclicidad menos definida y una respuesta terapéutica pobre con los moduladores del afecto tradicionales y, desafortunadamente, con frecuencia es subdiagnosticado.

Los síntomas mixtos predominan en estos pacientes más que los cuadros puros, siendo frecuentes los episodios de depresiones atípicas. Las crisis suicidas sin síntomas afectivos claros, que súbitamente surgen en los adolescentes frente a cualquier adversidad menor y que al día siguiente parece no tener un respaldo afectivo claro, sugieren la presencia del espectro bipolar.

Con frecuencia se observa comorbilidad de la ciclotimia con el trastorno obsesivo compulsivo o con los TCA, especialmente los subtipos purgativos o con los trastornos en el control de los impulsos. Estos últimos son poco frecuentes pero cuando se asocian con los TCA es necesario indagar por los elementos clínicos del espectro bipolar. Igual sucede cuando los TCA se asocian con abuso de sustancias psicoactivas.

La depresión atípica es la forma de depresión que con mayor frecuencia presentan los pacientes que tienen un TCA, atipicidad que se manifiesta en síntomas relacionados con el sueño, el apetito o el peso corporal, síntomas que no se observan en las depresiones típicas. La depresión atípica muestra altas tasas de comorbilidad, que se incluyen en la tabla 2.

En un estudio del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (JUDD L., *et. al.*, 2003) en el cual se hizo seguimiento durante 13 años a pacientes bipolares I y II, se encontró que los 146 pacientes con TAB-I permanecieron deprimidos el 32% de las semanas del estudio y maníacos solamente el 9%, en tanto que los 86 pacientes con TAB-II estuvieron deprimidos durante el 50% del tiempo del estudio y presentaron hipomanía durante el 2% del tiempo analizado. Si analizamos estos hechos podemos concluir que en el TAB predominan los síntomas depresivos, razón por la cual existe un subregistro del trastorno.

Además, la mayoría de los pacientes ambulatorios, como lo confirmó el estudio de la Fundación Stanley presentan ciclos rápidos o ultrarrápidos, que en el 20% llegan a ser ultradianos, es decir, que las oscilaciones del ánimo son de cuatro o más días a la semana, fenómeno que pone de manifiesto la complejidad del diagnóstico en estos pacientes.

BIPOLARIDAD Y TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

La bulimia nerviosa y el TAB comparten como sustrato neurobiológico la alteración en la regulación afectiva del apetito y de la saciedad. Fenomenológicamente la bulimia nerviosa y el TAB cursan con depresiones en las que predominan los síntomas atípicos: aumento del apetito, disminución de la saciedad, hipersomnia, ganancia de peso, ánimo disfórico, especialmente en las bulímicas, que pueden estar precedidos de elación, y en algunos casos aumento de energía, síntomas que sugieren bipolaridad.

TABLA 2**Comorbilidad de la depresión atípica (PERUGGI *et. al.*, 1998)**

| Comorbilidad | Prevalencia |
|---|-------------|
| TAB-II | 72% |
| Crisis de pánico | 51 |
| Ansiedad social | 30 |
| TDC | 50 |
| Bulimia nerviosa | 16 |
| Abuso alcohol o sustancias psicoactivas | 33 |
| Personalidad limítrofe | > 35 |

Esta constelación de síntomas plantea la necesidad de organizar nuestra aproximación clínica desde la perspectiva de los espectros y las dimensiones comportamentales y alejarnos del enfoque categorial clásico.

Por su parte, la anorexia nerviosa comparte algunos síntomas clínicos con la manía, tales como pérdida de apetito y de peso, ánimo disfórico o eufórico e hiperactividad, un síntoma paradójico y desconcertante en las anoréxicas. Resulta difícil entender cómo una paciente que sólo come durante todo el día dos fresas y tres tazas de té verde posee tanta energía para hacer ejercicio, moverse constantemente, estudiar y ser productiva. Esta hiperactividad paradójica se acompaña de insomnio, síntomas que fenomenológicamente son parecidos a los observados en una crisis maníaca.

Los estudios de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en pacientes bipolares son escasos. McELROY (2003) en un trabajo con una muestra de 897 pacientes con TAB-I y II, el 19.2% presentó cualquier tipo de TCA, 3.2% anorexia, 4.9% bulimia y un 8.5% trastorno de alimentación por atracones. La autora observó una correlación positiva entre la impulsividad de las purgas y vómitos y la frecuencia de bipolaridad y en los pacientes con comorbilidad de ansiedad, abuso y dependencia de sustancias la presencia de subtipos severos de enfermedad bipolar que se había iniciado muy tempranamente, con

múltiples síntomas mixtos o disfóricos más que maníacos puros, pobre pronóstico, mayor número de intentos de suicidio y escasa respuesta a los moduladores del ánimo. Frente a estos hallazgos cabe sospechar la presencia de bipolaridad en un paciente que presenta un TCA de aparición temprana en comorbilidad con síntomas ansiosos o abuso de sustancias psicoactivas.

Si miramos el problema desde la otra orilla, es decir, cuando indagamos la prevalencia de trastorno bipolar en pacientes con TCA los resultados son desalentadores: un escaso número de estudios con muestras pequeñas, algunos reportes de casos y cartas al editor.

El estudio de HUDSON (1983) reportó 6% de TAB (4 pacientes) en una muestra de 90 pacientes hospitalizadas con TCA. En otro estudio realizado por SIMPSON (1992) se encontró una prevalencia del 5% para TAB-I en un grupo de 22 anoréxicas hospitalizadas.

En un interesante trabajo llevado a cabo por LEWINSON y colaboradores (2000) con una cohorte prospectiva de 1700 estudiantes de secundaria encontró formas subclínicas de bipolaridad en las más jóvenes en el 26%, pero al continuar la observación hasta los 23 años de edad de estas mujeres encontró 10.5% de TAB en las mujeres con cuadros completos de TCA y 8.3% en quienes presentaban cuadros subsindromáticos.

Con frecuencia los pacientes bipolares y especialmente los pacientes bipolares con patologías alimentarias, presentan ciclaje rápido. La mayoría de los factores de riesgo para ciclar rápidamente que han sido identificados por AKISKAL están presentes en los pacientes con TCA (TABLA 3). En nuestro grupo de pacientes hemos observado que se trata de mujeres muy jóvenes, con alteraciones en el temperamento, el sueño y la vigilia, que han recibido tratamiento con antidepresivos y abusan de estimulantes anorexígenos (anfetaminas, sibutramina, píldoras de dieta), alcohol y sedantes hipnóticos.

TABLA 3**Factores de riesgo para ciclado rápido (AKISKAL, 2003)**

Sexo femenino
Uso de antidepresivos tricíclicos
Abuso de psicoestimulantes
Descontinuación de alcohol o sedantes hipnóticos
Temperamento ciclotímico (TAB-II)
Alteración del ciclo sueño-vigilia
TAB de comienzo juvenil
Menopausia
Hipotiroidismo
Disritmia del lóbulo temporal
¿Hábitos alimentarios caóticos?

Aun cuando la menopausia no está presente en estas mujeres, desde el punto de vista hormonal presentan hipofunción ovárica y su funcionamiento hormonal realmente se asemeja a una menopausia.

Además, los pacientes con TCA y comorbilidad con ansiedad, abuso y dependencia de sustancias exhiben subtipos más severos de enfermedad bipolar que se iniciado muy tempranamente, caracterizados por la presencia de múltiples síntomas mixtos o disfóricos, pobre pronóstico y escasa respuesta a los moduladores del ánimo. Frente a estos hechos cabe preguntarnos, si los hábitos alimentarios caóticos que exhiben nuestras pacientes precipitan o favorecen el ciclado y, por ello, sus comportamientos alimentarios oscilan entre la restricción masiva de ingesta de carbohidratos y las comilonas extremas.

Como se ha expuesto anteriormente, es necesario abordar el estudio de los TCA considerándolos como componentes de un espectro clínico.

Si en un extremo del espectro, colocamos los cuadros clínicos con predominio compulsivo que se caracteriza por un ejercicio de sobre-control, incluiremos allí, el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), las fobias y anorexias nerviosas de tipo restrictivo, la depresión mayor y personalidades del grupo C. En el otro extremo del espectro se localizan los cua-

dros clínicos en donde la impulsividad es predominante y donde la pérdida de control es la expresión sintomática. En el punto medio del espectro se localizan las formas mixtas o intermedias que oscilan entre el sobrecontrol y la impulsividad, como las formas intermedias de TOC que se acompañan de trastornos en el control de los impulsos, los trastornos por atracones de alimentación, el espectro bipolar, los episodios clínicos en donde coinciden la anorexia nerviosa, el TOC y la manía y el trastorno por atracones con depresión. Y, por último, el grupo de patologías que están más cerca del extremo de la impulsividad pura conformado por el trastorno de descontrol de impulsos, el abuso de sustancias, el trastorno por atracones, la manía y las personalidades del grupo B, por ejemplo, el trastorno de personalidad limítrofe.

APROXIMACIÓN TERAPÉUTICA

El clínico enfrenta un serio dilema al prescribir psicofármacos para el tratamiento de los pacientes con TAB y bipolaridad. Por un lado, se sabe que con frecuencia los moduladores del ánimo pueden ocasionar aumento de peso y precipitar atracones que hacen que disminuya la adherencia al tratamiento. Por otro lado, se trata de pacientes con severos trastornos del humor, con varios rasgos de impulsividad y en grave riesgo de suicidio. El suicidio es una causa frecuente de muerte en los pacientes con TCA, en quienes, como grupo, la tasa de mortalidad global es la más alta de todas las patologías psiquiátricas.

No es fácil elegir un modulador del ánimo para tratar estas pacientes, que regulamente, son mujeres prepúberes o adolescentes, con una distorsión severa de la percepción de su imagen corporal, en quienes el riesgo de aumento de peso con litio, carbamazepina, valproato o antipsicóticos atípicos o el riesgo de aparición del acné al prescribir litio o valproato, pueden ocasionar serios efectos deletéreos y reacciones emocionales intensas.

En mi práctica médica he observado varios fenómenos clínicos que deseo comentar. En los últimos años hemos observado la presencia de virajes o transiciones en la sintomatología de las pacientes que ingresaban al tratamiento. En algunas de ellas, consideramos que el viraje podría corresponder a transiciones normales en el curso de la mejoría; se

trataba de pacientes con síntomas puramente restrictivos que en el transcurso del tratamiento viraron hacia un cuadro clínico con predominio de síntomas más impulsivos con purgas y atracones y presentaban una alta frecuencia de comorbilidad. En algunos de estos pacientes observamos que los antidepresivos, que estaban indicados para el tratamiento de la depresión comórbida o de los trastornos de ansiedad, originaban una respuesta paradójica, caracterizada por mayor disforia, agitación psicomotora, trastornos en el sueño y un incremento en la impulsividad.

Para comprender los cambios observados en nuestras pacientes nos dimos a la tarea de identificar las variables que deben ser tenidas en cuenta para sospechar la presencia de bipolaridad asociada a los TCA. Nuestros esfuerzos se encaminaron a explorar los antecedentes familiares de trastorno bipolar, que es una variable de riesgo muy importante, la existencia de multiimpulsividad, abuso o dependencia de sustancias, antecedentes familiares de abuso o dependencia de sustancias y la existencia de transiciones a lo largo del tiempo en la sintomatología alimentaria.

La *multiimpulsividad* fue definida como la presencia de atracones de alimentación y/o purgas, es decir, vómitos autoinducidos o abuso de laxantes o enemas, que se acompañan de una o más de las siguientes variables: a) de conductas de automutilación como cortarse las muñecas, el abdomen, los antebrazos, las pantorrillas sin una intencionalidad suicida clara, b) el antecedente de intento de suicidio y c) la presencia de cleptomanía o tricotilomanía, de acuerdo con los criterios del DSM-IV.

El objetivo de nuestra investigación fue observar y explorar las comorbilidades que se asocian al TCA.

Nuestra cohorte clínica está conformada por 440 pacientes de ambos géneros, atendidos en nuestra institución en el período 1997-2004, de los cuales descartamos los pacientes masculinos y circunscribimos la investigación en los 404 pacientes femeninos. De este grupo seleccionamos las pacientes que presentaban cuadros clínicos y no formas subsindromáticas de TCA, que hubieran asistido durante un mínimo de tres meses al tratamiento, razón por la cual la muestra se redujo a 360 pacientes, con edades comprendidas entre los 11-50 años de edad, siendo el 78% menores de 25 años, cifra que coincide con lo descrito por otros autores. Sin em-

bargo, observamos un aumento constante de TCA en el grupo de mujeres mayores de 35 años, lo cual hace pensar que se está conformando otro grupo de alto riesgo.

Desde el punto de vista del diagnóstico clínico encontramos una frecuencia similar de anoréxicas y bulímicas purgativas (35%), 25% de trastorno por atracones de alimentación y una frecuencia muy baja de bulímicas no purgativas, que como se sabe, con frecuencia no buscan y no asisten a consulta médica.

Respecto a la duración de los síntomas antes de asistir a nuestra clínica, el 36% de las pacientes tenían menos de un año de evolución de su sintomatología y en algunos casos los síntomas habían sido padecidos por más de quince años.

Al aplicar los criterios diagnósticos de DSM-IV para trastorno bipolar en sus distintas formas, diagnosticamos TAB en 75 pacientes (20.8%), cifra que coincide con las obtenidas por otros investigadores en estudios comunitarios pero significativamente más altas que las observadas en los estudios poblacionales (0.8%-1.5%) Como era de esperarse, el 57% de las pacientes presentaban síntomas mixtos y fue más frecuente la presencia del TAB-II.

Según el tipo de TCA, se observó que la mayoría de las pacientes con TAB son bulímicas purgativas o presentan trastorno por atracones de alimentación pero no encontramos asociación significativa entre el tipo de TCA y ser bipolar.

El análisis bivariado con el cual valoramos la frecuencia de TCA en los pacientes bipolares, comparados con las frecuencias obtenidas en las 285 pacientes del grupo control, conformado por las pacientes de la cohorte de estudio que no fueron diagnosticadas como bipolares, mostró significancia estadística en la asociación TCA y bipolaridad y factores de riesgo como antecedentes familiares de bipolaridad entre estas variables y unos riesgos relativos indirectos que van desde tan grandes como 24 en bipolaridad familiar pasando por 8.2 veces más riesgo en ser multiimpulsivas hasta hacer transiciones de un subtipo a otro que fue talvez el riesgo más débil que encontramos; hay una significativa representación en el riesgo de pacientes con comorbilidad limítrofe.

Al realizar el análisis multivariado y el modelo de asociación con técnicas de regresión logística se identificaron tres variables: antecedentes familiares de bipolaridad, ser multiimpulsivo y ser menor de 25 años, es 31 veces más frecuente en los pacientes con trastorno bipolar y TCA comparado con aquellas pacientes con TCA que no son bipolares.

Respecto a otras comorbilidades, encontramos que el 25% de las pacientes con TCA y trastorno bipolar presentaban un TOC, comorbilidad que fue más frecuentes en las mujeres con síntomas restrictivos; 60% presentaban trastorno de control de impulsos y/o dependencia o abuso de sustancias, 6.70% pánico o trastornos fóbicos y 4.0% trastorno de estrés postraumático.

El 63% de las pacientes con comorbilidad TCA y trastorno bipolar fueron tratadas con un solo modulador del estado del ánimo y en el 37% ha sido necesario prescribir dos o más moduladores en forma simultánea.

La respuesta al tratamiento, al cabo de un año, con estabilizadores del estado de ánimo asociada con psicoterapia individual de orientación dinámica, psicoterapia cognoscitivo comportamental, terapia de grupo, rehabilitación nutricional es la siguiente: 56% están estables, 25% siguen ciclando e ignoramos la evolución en 17%, que corresponde a las pacientes que no regresaron a nuestra institución.

Estas cifras pueden ser desalentadoras, porque sólo nos permite observar un 50% de mejoría clínica, pero si tenemos en cuenta la respuesta del trastorno por atracones de alimentación, podemos ser más optimistas, porque hemos obtenido una buena respuesta clínica en el 66% de estas enfermas, en quienes el topiramato ha sido eficaz.

En resumen, la prevalencia de TAB en nuestras pacientes con TCA atendidas en los últimos ocho años en nuestra clínica "Equilibrio" es del 20.8%, cifra significativamente más alta que la observada en otras poblaciones clínicas y en la población general. El TAB-II es el subtipo bipolar más frecuente y hemos observado una alta comorbilidad con el espectro compulsivo-impulsivo, que es más frecuente en los subtipos purgativos de TCA.

La alta deserción, y la pobre adherencia pueden obedecer al sesgo de la selección al considerar que nuestro programa es un centro de referencia para casos seguramente más graves.

La comorbilidad TAB y TCA empeora el pronóstico y se asocia con alta deserción y pobre adherencia al tratamiento. Para mejorar el desenlace de ambas entidades es fundamental hacer un diagnóstico integral en forma precoz.

Cuando se sospecha la presencia de bipolaridad en los pacientes con TCA es necesario evitar el tratamiento con antidepresivos porque aceleran los ciclos y empeoran el pronóstico. Los moduladores del estado de ánimo se consideran como la primera opción.

Cuando se estudia la comorbilidad de los pacientes con TCA y bipolaridad surgen, a mi modo de ver, tres preguntas que deben ser dilucidadas:

1. ¿Son los TCA una patología encubridora de otros trastornos que inician en la adolescencia? La respuesta puede ser positiva, en algunos pacientes que presentan síntomas de un subtipo específico de trastornos alimentarios, durante un período muy corto, como sucede con individuos que presentan episodios de vómito durante un período muy breve, desencadenados por una ruptura afectiva.
2. ¿Son los TCA una manifestación prodrómica? En este sentido las observaciones de McELROY sobre la existencia de síntomas de TCA previos a la aparición de un trastorno bipolar, lo confirman.
3. ¿Los TCA forman parte espectro impulsivo/compulsivo a lo largo del ciclo vital? Parece ser cierto en los individuos en quienes la expresión psicopatológica se inicia con un trastorno por déficit de atención con hiperactividad y al cabo de los años va dando paso a nuevos cuadros clínicos hasta conformar un trastorno de multiimpulsividad como el observado en nuestras pacientes, en donde el TCA, se asocia a bipolaridad, episodios de autoagresión, intentos de suicidio y trastornos del control de impulsos como cleptomanía o tricotilomanía.

LECTURAS SELECCIONADAS

AKISKAL HS, BOGEOIS M, ANGST J, POST R, MOLER H, ET. AL.

Re-evaluating the prevalence and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord*, 2000; 59 (supl 1): 525-530.

AMONE D.

Review of the use of topiramate for treatment of psychiatry disorders. *Ann Gen Psychiatry*, 2005; 4(1) 5-10.

ANGST J.

The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J Affect Disord*, 1998; 50: 143-151.

KESSLER RC, MCGONAGLE KA, ZHAO S, ET. AL.

Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 1994; 51: 8-19.

MCELROY SL, KOTWAL R, KECK PE, AKISKAL HS.

Comorbidity of bipolar and eating disorders: distinct or related disorders with shared dysregulations? *J Affect Disord*, 2005; 86(2-3): 107-27.

MOYA T, CORDAS TA, LAFER B.

Comorbidity of anorexia nervosa and bipolar disorder in early adolescence. *Bipolar Disord*, 2004; 6(5): 442-443.

RAMACCIOTTI CE, PAOLI RA, MARCACCI G, PICCINI A, ET. AL.

Relationship between bipolar illness and binge-eating disorders. *Psychiatry Res*, 2005; 135(2): 165-70.

RODRÍGUEZ M.

Trastorno bipolar y multiimpulsividad en una muestra de 181 mujeres con trastorno de la conducta alimentaria, atendidas en Bogotá: prueba de un modelo de asociación para valoración del riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2003; 32(1): 11-26.

STEIN D, LILENFELD LR, WILDMAN PC, MARCUS MD.

Attempted suicide and self-injury in patients diagnosed with eating disorders. *Compr Psychiatry*, 2004; 45(6): 447-451.

