Nota clínica.
Síndrome de Ingesta Nocturna: A propósito de un caso.

Night Eating Disorder: Case Report.

María Suárez-Gómez, Juan A. Guisado-Macías,
Francisco J. Vaz-Leal y Félix Suárez-González
Servicio de Psiquiatría del Hospital Infanta Cristina de Badajoz.

Resumen: Exponemos el caso clínico de una paciente de 44 años, con obesidad I, derivada a una unidad especializada para el control del patrón de ingesta. La literatura muestra que los sujetos con obesidad extrema muestran una historia de peso diferente de las personas con obesidad I-II, ya que la predisposición genética es mayor en los obesos mórbidos. Las pacientes candidatas a cirugía bariátrica suelen tener un inicio de obesidad más precoz que aquéllas con obesidad grado I-II. La obesidad I presenta ya un riesgo alto de comorbilidades que exige tratamiento, siendo la cirugía bariátrica el único recurso en muchos obesos mórbidos. Sujetos con alteraciones de la conducta alimentaria tienen resultados peores tras la cirugía de la obesidad, sobre todo, cuando existen rasgos de personalidad, por continuar con un patrón alterado de la ingesta. Es recomendable controlar la conducta alimentaria para prevenir complicaciones en relación al grado de obesidad.

Palabras clave: Obesidad, Síndrome de Ingesta Nocturna, conducta alimentaria.

Abstract: We report the clinical case of a 44-year-old obese I, derived to a specialized unit for controlling intake pattern. The literature shows that extremely obese subjects show a different weight history of persons with obesity I-II, and that genetic predisposition is greater in the morbidly obese. The candidates for bariatric surgery patients tend to have earlier onset of obesity than those with grade I-II obesity. I presented Obesity and a high risk of comorbidities requiring treatment, bariatric surgery remains the only recourse in many morbidly obese. Subjects with eating behavior disorders have worse outcomes after surgery for obesity, especially when there are personality traits, to continue with an altered pattern of intake. It is recommended to control eating behavior to prevent complications related to the degree of obesity.

Key words: Obesity, Night Eating Disorder, eating behavior.

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial, fruto de la interacción entre genotipo y ambiente. En países desarrollados afecta a un gran porcentaje de la población, en todas las edades, condiciones sociales y ambos sexos.

Dada la elevada prevalencia de obesidad descrita en infancia y juventud, unida al impacto socioeconómico en el Sistema de Salud Español, se propone la prevención primaria como estrategia. El médico de atención primaria debe

Este artículo es un texto original que no se ha publicado nunca ni se encuentra en proceso de evaluación por otra revista. Cumple las normas éticas del comité de investigación y de los ensayos clínicos de la declaración de Helsinki vigente. Todos los autores, pertenecientes al Servicio de Psiquiatría del Hospital Infanta Cristina de Badajoz, presentan conformidad en cuanto a los criterios de autoría. No existen conflictos de interés al respecto.

completar la anamnesis referenciando antecedentes personales de enfermedades somáticas, antecedentes familiares de obesidad, hábitos tóxicos, hábitos dietéticos, ejercicio físico, comorbilidades, auscultación cardiopulmonar, electrocardiograma y estudio analítico que incluya: Glucemia, perfil lipídico, ácido úrico y transaminasas.

Los trastornos y conductas alimentarias anómalas son elementos comunes en pacientes obesos. Se ha descrito una mayor tasa de trastorno por atracón, bulimia nerviosa, síndrome de ingesta nocturna, exceso de ingesta hídrica, insatisfacción corporal y comportamiento alimentario desestructurado. Estos sujetos estarían en riesgo de tener una ganancia de peso importante tras la cirugía. También se ha descrito que los pacientes que demandan tratamiento quirúrgico presentan una conducta alimentaria más desestructurada con desinhibición y sensación de hambre continua, que hacen que soliciten el tratamiento con más probabilidad[1].

El Síndrome de Ingesta Nocturna (NES) fue descrito por primera vez en obesos que precisaban perder peso[2]. Se define como sobreingesta con despertares nocturnos para comer[3]. Este síndrome no está incluido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría[4]. La prevalencia es más alta en obesos mórbidos candidatos a cirugía bariátrica, y varía desde el 8 al 27%[5, 6]. Éste se consideraría parcial si la conducta es de hiperfagia sólo, lo que supone la ingesta del 25% de las calorías diarias tras la comida de la noche; también se trata de un cuadro incompleto cuando tres o más días por semana los sujetos se despiertan y realizan ingestas nocturnas. En cambio, cuando se da la combinación de hiperfagia e ingestas nocturnas, hablamos de NES completo[7].

Los trastornos alimentarios, como el trastorno por atracón (binge eating disorder), la Bulimia nerviosa y el Síndrome de Ingesta Nocturna, por su severidad o por la asociación además a trastornos graves de la personalidad (inestable, impulsiva) van a tener mayor número de complicaciones, peor evolución con técnicas restrictivas, o poca pérdida de peso, por lo que pacientes obesos en esta situación tendrían más limitados los criterios para cirugía bariátrica.

La derivación a una unidad especializada para proponer cirugía bariátrica, debe cumplir los siguientes criterios:

1º) Tener un IMC entre 35 y 39 Kg/m2 con comorbilidades mayores asociadas.

2º) Tener un IMC igual o mayor de 40 kg/m2, incluso SIN comorbilidades, si el peso afecta negativamente a la vida.

3º) Fracaso en el intento de conseguir controlar el peso por debajo de 40 kg/m2 mediante otras terapéuticas realizadas de forma adecuada.

Definimos la comorbilidad como las enfermedades asociadas y dependientes de la obesidad y, clásicamente, las clasificamos en *mayores* (como HTA, DM2, SAOS, enfermedad cardiovascular y osteoartropatías) y *menores* (como infertilidad, dislipemia, varices colelitiasis, incontinencia urinaria, alteraciones menstruales, hipertensión intracraneal idiopática, reflujo gastroesofágico y esteatosis hepática).

Los grados no severos de obesidad se podrán tratar de forma conjunta en primaria y especializada en caso de no ser propuestos para cirugía bariátrica.

Caso clínico

Este caso clínico que presentamos corresponde a una mujer de 44 años, que realiza seguimiento en la Consulta de Obesidad.

Como antecedentes personales presenta obesidad grado I sin Factores de Riesgo Cardiovasculares. El inicio de la obesidad coincide con los partos (hace 13 y 20 años, respectivamente), y en consulta refiere descontrol alimentario desde hace un año asociado a problemas en la relación con su marido. La paciente se encuentra en situación actual de desempleo y tiene estudios primarios.

No presenta antecedentes familiares de obesidad.

Comienza seguimiento en la Consulta de Obesidad para valoración del patrón de ingestas nocturnas, consistente en la ingesta de alimentos hipercalóricos durante la cena, con despertares nocturnos para comer. Pesa 81 kg, y mide 1,56 m (IMC 33,33).

Realizaba tratamiento por Atención Primaria con dieta hipocalórica, ejercicio y Fluoxetina (20 mg al día) desde hace 1 año; pese a ello, continuaba con dificultades para el control alimentario. La analítica general era normal.

Se modificó el tratamiento, pautándose Fluoxetina (40mg/día) y Zonisamida (100mg/día), intentando mejorar el patrón alimentario. Se descartó a la paciente como candidata a cirugía bariátrica y se remitió a las consultas de Atención Primaria para seguimiento.

Nuestra paciente presenta obesidad grado I y trastorno del comportamiento alimentario coincidente con la definición de NES completo.

Los resultados de la literatura muestran que las personas con obesidad extrema muestran una historia de peso diferente de las personas con obesidad grado I-II.

En 2006, Canice E. Crerand y col[8] realizan un estudio en el que confirman que los pacientes con obesidad mórbida tienen más indicadores de predisposición genética a la obesidad en comparación con los pacientes menos obesos. Además, los padres de las personas con obesidad extrema tenían un IMC mayor que los padres de las personas con obesidad grado I-II. En nuestro caso, la paciente no tenía antecedentes familiares de obesidad, lo que concuerda con la menor predisposición genética encontrada en anteriores estudios en los casos de obesidad no severos, como ocurre con nuestra paciente, que presenta un grado I. A favor de la menor predisposición genética podemos indicar también que el inicio de la obesidad no es en la infancia ni durante los primeros años de vida, sino que coincide con el primer embarazo.

Este mismo grupo, observó que en cuanto a las características demográficas, se percibía un porcentaje significativamente menor de mujeres casadas entre las que tenían obesidad extrema respecto a aquéllas con grado I-II. A su vez, el grado de educación era significativamente menor en las mujeres con obesidad extrema y se les asociaba más veces con la raza no caucásica. Y en cuanto al curso de la obesidad, la ganancia de peso con los años era más pronunciada en el grupo con obesidad III. La paciente del caso clínico es una mujer casada, de raza caucásica, lo que coincide con estudios previos. En cambio, el nivel de educación corresponde a estudios primarios. Quedaría estudiar la ganancia de peso con los años para analizar si es menor que en los grados más severos de obesidad.

En 1995, Hunt y col[9] observaron que las pacientes candidatas a cirugía bariátrica tenían un inicio de la obesidad significativamente más precoz que aquéllas con obesidad I-II. Las pacientes con obesidad extrema tenían una ganancia ponderal mayor durante el primer embarazo que aquéllas con grados menores. Sin embargo, no se detectaron diferencias significativas en el segundo embarazo ni en el posparto. El comienzo de la obesidad en nuestra paciente es en el primer embarazo, detectándose ganancia ponderal en el segundo embarazo también, aunque no se cuantificó en ninguno de los casos.

La obesidad I presenta un riesgo alto de comorbilidad. La dieta hipocalórica y el ejercicio físico deben complementarse con el tratamiento de las comorbilidades, que, pese a mejorar con la pérdida de peso, podrán precisar de fármacos. Los antiepilépticos como Topiramato y zonisamida ayudan a perder más peso que placebo. Debido a su capacidad inhibitoria de la anhidrasa carbónica han demostrado eficacia en la pérdida y mantenimiento del peso[10].

El objetivo es reducir el peso al menos un 10% para disminuir el riesgo cardiovascular. El mantenimiento de la pérdida será otro objetivo fundamental.

Por esto, se recomienda a los profesionales estar atentos a la detección de factores de riesgo para controlar la conducta alimentaria como prevención de complicaciones en relación al grado de obesidad.

Contacto
María Suárez Gómez • Servicio de Psiquiatría del Hospital Infanta Cristina de Badajoz
Avenida de Elvas s/n • 06021 Badajoz. • maria.suarez.gmez@gmail.com

Bibliografía

1. Karlsson J, Sjöström L, and Sullivan M. Swedish obese subjects (SOS)-an intervention study of obesity. Two-year follow-up of health related quality of life (HRQL) ans eating behavior after gastric surgery for severe obesity. *International Journal of Obesity* 1998; 22: 113-126.
2. Stunkard AJ. Eating patterns and obesity. Psychiatr Q.1959; 33: 284-94.
3. Allison KC, Stunkard AJ. Obesity and eating disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2005; 28:55-67.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed., text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
5. Adami GF, Meneghelli A, Scopinaro N. Night eating and binge eating disorder in obese patients. *Int J Eat Disord*. 1999; 25: 335-8.
6. Rand CSW, Macgregor AMC, Stunkard AJ. The night eating syndrome in the general population and among postoperative obesity surgery patients. *Int J Eat Disord*. 1986; 5: 143-8.
7. Allison KC, Thomas A. Wadden, David B. Sarwer, Antony N. Fabricatore, Canice E. Crerand, Lauren M. Gibbons et al. Night eating syndrome and binge eating disorder among persons seeking bariatric surgery: prevalence and related features. *Obesity.* 2006; 14 (Suppl 2): 77S-82S.
8. Crerand, Canice E., Thomas A. Wadden, David B. Sarwer, Anthony N. Fabricatore, Robert H. Kuehnel, Lauren M. Gibbons et al. A comparison of weight histories in women with class III vs. class I-II obesity. *Obesity.* 2006; 14 (Suppl 2): 63S-69S.
9. Hunt SC, Daines MM, Adams TD, et al. Pregnancy weight retention in morbid obesity. *Obes Res.* 1995;3: 121-30.
10. Morandé, G. El tratamiento de los TCA. Ed. Panamericana. Madrid, 2012 (en prensa).