

ARTICULO ORIGINAL

REVISTA ARGENTINA DE DERMATOLOGÍA

Propiedad de la Asociación Argentina de Dermatología

ISSN 1851-300X | Número de Propiedad Intelectual 20459734

Manifestaciones muco cutáneas en anorexia nerviosa

MUCOUS AND CUTANEOUS MANIFESTATIONS OF THE ANOREXIA NERVOSA



Jul - Sep 2012 | Vol. 93 N°3

Artículo Original

Rev. argent. dermatol. 2012; 93 (3): 24 - 35

Publicado en línea 2012, Septiembre / Published online September 2012.

Manifestaciones muco cutáneas en anorexia nerviosa

Autores | Contacto

MB Leroux *

* Médica Dermatóloga.

Consultorio Privado. Santiago 45 (2000) Rosario.
Santa Fe. Argentina.

Email contacto: leroux_mb@hotmail.com

Los autores declaramos no poseer ningún tipo de
conflicto de interés.

RESUMEN

La anorexia nerviosa es una enfermedad psiquiátrica, cuya incidencia está creciendo en las últimas décadas. Afecta sobre todo a las adolescentes y mujeres jóvenes. Los signos clínicos son consecuencia de las carencias nutricionales y de los mecanismos de compensación, que el organismo implementa para conservar la vida. Las manifestaciones cutáneas y bucales son consecuencia de la desnutrición: vómitos autoprovocados, consumo de drogas o medicamentos no recetados y de la enfermedad psiquiátrica en sí misma. Se presentan diez pacientes, ocho mujeres y dos varones con signos cutáneos compatibles con anorexia nerviosa. El rango de edad es de 17 a 32 años. En orden de frecuencia se hallaron: acrocianosis, alopecia, acné, xerosis, palidez, hirsutismo, cambios en las membranas bucales y lesiones autoprovocadas. Creemos que el reconocimiento de estos signos cutáneos acompañado de un exhaustivo interrogatorio, puede colaborar en el diagnóstico de este trastorno alimentario.

SUMMARY

Anorexia nervosa is a psychiatric disease with an increasing incidence in the last decade, which affects principally adolescents and young women. Clinical signs are a consequence of malnutrition and the compensating mechanisms implemented to preserve life. Skin and oral lesions are caused by malnutrition, self-provoked vomiting, illegal drug consumption or therapeutic drugs utilization, and the psychiatric disease so far. Case reports: ten patients (eight females and two males) with possible skin alterations due to anorexia nervosa, aged 17 to 32 yr. The most frequent signs, in order of priority were: acrocyanosis, alopecia, acne, xerodermia, pallor, hirsutism, oral injuries and self provoked injuries. We propose that the finding of these skin lesions plus an exhaustive questionnaire could aid to diagnose this eating disorder.

PALABRAS CLAVES

Anorexia nerviosa; Desnutrición; Acrocianosis;
Alopecia; Xerodermia.

KEY WORDS

Anorexia nervosa; Malnutrition; Acrocyanosis;
Alopecia; Xerodermia.

INTRODUCCIÓN

La anorexia nerviosa es una enfermedad psiquiátrica, cuya incidencia está creciendo en las últimas décadas. Los pacientes tienen una relación distorsionada con la comida, el placer y con la connotación social que conlleva compartir los alimentos, lo que los conduce a conductas tanto restrictivas como purgativas, que evolucionan a una desnutrición progresiva. Tiene la mayor tasa de mortalidad (10%) debida a enfermedad psiquiátrica. El pronóstico es malo sobre todo si la ayuda terapéutica es tardía.

Si bien afecta predominantemente a adolescentes y mujeres jóvenes, los varones alcanzan hasta un 10% de los casos. Los signos clínicos son consecuencia de las carencias nutricionales y de los mecanismos de compensación, que el organismo implementa para conservar la vida ([Cuadro Nº 1](#)). Los hallazgos cutáneos y bucales son signos que colaboran con el diagnóstico en los desórdenes alimentarios. Se ha documentado que un índice de masa corporal menor o igual a 16 (kg/m²), puede ser considerado un valor crítico a partir del que, las alteraciones cutáneas son más frecuentes. Los mismos son consecuencia de la desnutrición, vómitos autoprovocados, consumo de drogas, medicamentos no recetados y de la enfermedad psiquiátrica en sí misma. Muchos pacientes logran aumentar su peso y superan el riesgo de vida, sin embargo, su ingesta sigue siendo selectiva. Debido a esto, persisten sus carencias nutricionales y algunas de sus manifestaciones clínicas y cutáneas se perpetúan en el tiempo. En nuestra consulta habitualmente vemos pacientes con xerodermia, efluvios telogénicos o acrocianosis, entre otros, que siguen dietas no controladas. Es importante direccionar el interrogatorio, con el fin de detectar antecedentes de trastornos alimentarios^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10}.

CUADRO Nº 1: MANIFESTACIONES CLÍNICAS

<p>Amenorrea Caquexia Fatiga Falta de energía Reflujo gastrointestinal Pancreatitis Constipación Polidipsia Hipotermia Baja estatura Diabetes insípida Osteopenia Supresión medular Pérdida de masa muscular y subcutánea</p>	<p>Taquicardia Hipotensión ortostática Mareo Dolor de garganta Dolor abdominal Intolerancia al frío Poliuria Palpitaciones Retardo de crecimiento Hipoestrogenismo Hiper cortisolismo Fracturas Inmunodepresión</p>
--	---

CASOS CLÍNICOS

Se reúnen diez pacientes - ocho mujeres / dos varones - con signos cutáneos compatibles con anorexia nerviosa, que corresponden a la práctica privada. El rango de edad es de 17 a 32 años. En el momento de la consulta ocho pacientes presentaban criterios diagnósticos de anorexia nerviosa ([Cuadro Nº II](#)). Los dos pacientes restantes tenían antecedentes de haber padecido la enfermedad y continuaban con alimentación selectiva. Los pacientes presentan de tres a siete características cutáneas de anorexia simultáneamente, en la misma consulta ([Cuadro Nº III](#)). Estas personas ignoraban que las lesiones estaban relacionadas con su trastorno alimentario ([Tabla Nº I](#)).

CUADRO Nº II: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN DSM IV

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y la talla.
- B. Miedo a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro, que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres pos puberales, presencia de amenorrea.

(Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, como la administración de estrógenos).

Especificar tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre a atracones o a purgas.

Tipo compulsivo / purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre a atracones o purgas.

DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

CUADRO Nº III

Aspecto general de la piel:

- Seca
- Escamas
- Pálida
- Amarillenta
- Acné
- Pigmentación
- Dermatitis seborreica

- Prurito generalizado
- Estrías
- Curación lenta de heridas
- Petequias
- Intertrigo
- Edema
- Eritema craquééle
- Pelagra / Escorbuto

Pelo:

- Efluvio telogénico
- Pelo seco
- Frágil y opaco
- Cambio coloración
- Hipertrichosis

Uñas:

- Frágiles
- Estriaciones
- Líneas longitudinales
- Eritema periungueal
- Paroniquia

Cambios acrales:

- Acrocianosis
- Frialdad acral
- Livedoreticular
- Perniosis
- Signo de Russell

Cambios orales:

- Queilitis / Labios secos y descamativos
- Gingivitis / periodontitis
- Xerostomía

- Caries / erosión dental
- Cambios en micro flora oral
- Aumento de glándulas salivales mayores
- Alteración cuali-cuantitativa de la saliva (medicación, vómitos, atracones)

Otros:

- Púrpura
- Eritema ab igne
- Trauma auto infringido

TABLA Nº I: DISTRIBUCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS

Manifestación Cutánea	Cantidad
Acrocianosis	7
Alopecia	5
Acné	5
Xerodermia	5
Palidez	5
Hirsutismo	3
Cambios orales	3
Autoprovocadas	3
Fotosensibilidad	2
Mano anorexia	2
Telangiectasias	2
Livedoreticularis	2
Cambios ungueales	2
Hiperhidrosis	2

DISCUSIÓN

La acrocianosis fue el signo cutáneo más frecuentemente hallado. Se caracteriza por coloración azulada, asociada a frialdad en manos y pies. Aparece en más del 40% de los pacientes y podría representar un mecanismo extremo de termorregulación, en un intento de conservar la energía calórica. En muchas ocasiones se observa acrocianosis asociada a livedoreticularis. La micro circulación cutánea se encuentra involucrada: la presión del flujo capilar es bajo, por lo que se produce estasis y se activan los canales ("shunts") en el plexo arteriovenoso subpapilar. Se observa dilatación de asa eferente del bucle capilar y de las vénulas. En biopsias de piel con acrocianosis asociada a anorexia nerviosa, se muestran marcadas telangiectasias y moderado infiltrado inflamatorio perivascular, en dermis papilar y reticular superficial ^{11,12,13,14,15,16} (Fig 1).



En un 50% de los pacientes se halló alopecia, acné, palidez y xerodermia. La pérdida de pelo ocurre en la mayoría de los pacientes, de cuatro a doce meses luego del comienzo de la enfermedad. Se observa efluvio telogénico y pelo seco. La distribución de la alopecia en cuero cabelludo, puede ser difusa o con predominio en región temporal. Entre las causas de pérdida de pelo en estos pacientes, se reconocen: deficiencias proteico-energéticas, de vitaminas, de oligoelementos, de hierro y el hipotiroidismo. El porcentaje de casos de alopecia hallado coincide con la literatura ¹⁷ (Fig Nº 2).



En la literatura se documenta la presencia de acné en estos pacientes, sin ahondar en los mecanismos que lo provocan. Creemos que la edad de los pacientes y los trastornos hormonales, son factores predisponentes en estos casos.

El aspecto general de la piel es pálido, seco y con descamación. La causa de xerodermia es multifactorial: déficit de vitamina A, niacina, hipotiroidismo y la desnutrición en sí misma. La palidez también se relaciona con el déficit de hierro y cobre.

En un 30% de los pacientes pudimos constatar: hirsutismo, cambios orales y lesiones autoinfringidas o autoprovocadas.

El aumento de pelo corporal es bastante frecuente, se menciona en un 25% según las series. Se observa cabello fino semejante al lanugo, que conserva el mismo color del cuero cabelludo. Esta hipertrichosis sería un mecanismo somático, que intenta regular la temperatura en ausencia de grasa subcutánea¹⁸.

En esta enfermedad se afecta la mucosa bucal, tejidos periodontales y la condición general de los dientes. La etiología de la queilitis sería la deficiencia de riboflavina y la agresión del ácido estomacal, que se contacta en los vómitos. Las encías aparecen recesivas, eritematosas y sangrantes. En estos pacientes, la exposición del esmalte dental al contenido ácido del estómago, puede causar erosión dental irreversible - perimilolisis -. Además puede existir xerostomía, erosiones de mucosa, labios y piel perioral seca, caries y sialoadenitis. La xerostomía puede ser causada por medicamentos, tales como: antidepresivos, diuréticos y laxantes; también por el vómito, los atracones y el ejercicio excesivo^{19,20,21}.

Se define la injuria autoprovocada como el daño directo e intencional al propio cuerpo, sin intencionalidad suicida. Se reportan cortes, mordeduras o quemaduras, entre otros. Estas agresiones estarían asociadas a vivencia de culpa, castigo o ansiedad, como así también, alivio en estadios emocionales intensamente dolorosos. En la literatura se señala que estas prácticas, pueden observarse frecuentemente en pacientes con trastornos alimentarios y que la mayoría, son pacientes femeninas como ocurre en nuestra serie^{22,23,24}.

Otra de las características halladas es la fotosensibilidad. Este es un rasgo asociado a pelagra, que conjuntamente con glositis y estomatitis, se producen por insuficiente disponibilidad de niacina (B3). Además la deficiencia de otras vitaminas del grupo B, riboflavina (B2) y piridoxina (B6), puede poner en riesgo la biosíntesis de niacina por la vía del triptófano, ya que colaboran con este proceso²⁵.

La mano anoréxica es muy distintiva, sin embargo no está siempre presente con todos sus rasgos. La

piel es fría, amarillenta con los dedos más o menos cianóticos. Sobre el dorso puede verse un leve livedoreticularis. Sobre los nudillos el signo de Russell - una zona de hiperqueratosis - se forma por la fricción de la mano dominante al provocar el vómito. Con la evolución, este signo desaparece ya que el paciente aprende a provocar el vómito, mediante movimientos abdominales sin el reflejo oral. Además en estos pacientes se pueden registrar cambios ungulares como uñas frágiles y quebradizas. La piel es fría y cianótica por el enlentecimiento de la micro circulación, como ya mencionamos. El color amarillento puede deberse a carotinemia, o sea, consumo excesivo de carotenos en la dieta²⁶ ([Fig Nº 1](#)).

En los varones la enfermedad tiene características diferentes. Nuestros dos casos presentaron acrocianosis manifiesta, asociada a bajo índice de masa corporal, entre otras. En general, existe prevalencia del tipo restrictivo de la enfermedad y el comienzo es a mayor edad que las mujeres. El equivalente en el varón a la amenorrea femenina, es la falta de interés sexual o disminución de potencia. El 37% tiene antecedente de obesidad o sobrepeso. En más del 50% se detectó la práctica de ejercicio físico excesivo. Estos enfermos no vomitan y no abusan de laxantes. En éstos las manifestaciones cutáneas están relacionadas con el deterioro físico^{27,28,29}.

CONCLUSIÓN

Se presentan diez pacientes con manifestaciones cutáneas relacionadas a trastornos alimentarios. Creemos que el reconocimiento de estos signos cutáneos, acompañado de un exhaustivo interrogatorio puede colaborar en el diagnóstico de este trastorno alimentario.

REFERENCIAS

1. Petroski EL, Pelegrini A y Glaner MF. Reasons and prevalence of body image dissatisfaction in adolescents. *Cien Saude Colet* 2012; 17 (4): 1071-1077.
2. Hartman D. Anorexia nervosa – diagnosis, aetiology, and treatment. *Postgrad Med J* 1995; 71 (842): 712-716.
3. Forsberg S y Lock J. The relationship between perfectionism, eating disorders and athletes: a review. *Minerva Pediatr* 2006; 58 (6): 525-536.
4. Mulè A y Sideli L. Eating disorders on the web: risks and resources. *Stud Health Technol Inform* 2009; 144: 8-12.
5. Bakker R, van Meijel B, Beukers L, van Ommen J, Meerwijk E y van Elburg A. Recovery of normal body weight in adolescents with anorexia nervosa: the nurses' perspective on effective interventions. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2011; 24 (1):16-22.
6. Maguire S, Touyz S, Surgenor L, Crosby RD, Engel SG, Lacey H, Heywood-Everett S y Le Grange D. The clinician administered staging instrument for anorexia nervosa: Development and psychometric properties. *Int J Eat Disord* 2012; 45 (3): 390-399.
7. Strumia R. Skin signs in anorexia nervosa. *Dermatoendocrinol* 2009; 1 (5): 268-270.

8. Wentz E, Gillberg IC, Anckarsäter H, Gillberg C y Råstam M. Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. *Br J Psychiatry* 2009; 194 (2):168-174.
9. Strumia R, Manzato E y Gualandi M. Cutaneous Manifestations in Male Anorexia Nervosa: Four Cases. *Acta Derm Venereol* 2003; 83 (6): 464-465.
10. Himmerich H, Schönknecht P, Heitmann S y Sheldrick AJ. Laboratory parameters and appetite regulators in patients with anorexia nervosa. *J Psychiatr Pract* 2010; 16 (2): 82-92.
11. Bhanji S y Mattingly D. Acrocyanosis in anorexia nervosa. *Postgrad Med J* 1991; 67(783): 33-35.
12. Luck P y Wakeling A. Altered thresholds for thermoregulatory sweating and vasodilatation in anorexia nervosa. *Br Med J* 1980; 281 (6245): 906-908.
13. Kurklinsky AK, Miller WM y Rooke TW. Acrocyanosis: The Flying Dutchman. *Vasc Med* 2011; 16 (4): 288-301.
14. Mitchell JE y Crow S. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19 (4): 438-443.
15. Klein-Weigel P, Rein P, Kronenberg F, List E, Kinzl J, Biebl W y Fraedrich G. Microcirculatory assessment of vascular acrosyndrome in anorexia nervosa and analysis of manifestation factors. *J Psychosom Res* 2004; 56 (1):145-148.
16. Tyler I y Birmingham CL. The interrater reliability of physical signs in patients with eating disorders. *Int J Eat Disord* 2001; 30 (3): 343-345.
17. Strumia R. Bulimia and anorexia nervosa: cutaneous manifestations. *J Cosmet Dermatol* 2002; 1 (1): 30-34.
18. Clarke TK, Weiss AR y Berrettini WH. The genetics of anorexia nervosa. *Clin Pharmacol Ther* 2012; 91 (2): 181-188.
19. Salas F, Hodgson MI, Figueroa D y Urrejola P. Clinical features of adolescent males with eating disorders. *Rev Med Chil* 2011; 139 (2): 182-188.
20. Chi AC, Neville BW, Krayner JW y Gonsalves W.C. Oral Manifestations of Systemic Disease. *Am Fam Physician* 2010; 82 (11): 1381-1388.
21. Dynesen AW, Bardow A, Lyng Pedersen AM y Nauntofte B. Oral Findings in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa with Special Reference to Salivary Changes . *Oral Biosci Med* 2004; S: 151-169.
22. Hildebrandt T, Bacow T, Markella M y Loeb KL. Anxiety in anorexia nervosa and its management using family-based treatment. *Eur Eat Disord Rev* 2012; 20 (1): 1-16.
23. Selby EA, Smith AR, Bulik CM, Olmsted MP, Thornton L, McFarlane TL, Berrettini WH, Brandt HA, Crawford S, Fichter MM, Halmi KA, Jacoby GE, Johnson CL, Jones I, Kaplan AS, Mitchell JE, Nutzinger DO, Strober M, Treasure J, Woodside DB, Kaye WH y Joiner TE (Jr). Habitual starvation and provocative behaviors: two potential routes to extreme suicidal behavior in anorexia nervosa. *Behav Res Ther* 2010; 48 (7): 634-645.

24. Baguelin-Pinaud A, Seguy C y Thibaut F. Self-mutilating behaviour: a study on 30 in patients. *Encephale* 2009; 35 (6): 538-543.
25. Prousky JE. Pellagra may be a rare secondary complication of anorexia nervosa: a systematic review of the literature. *Altern Med Rev* 2003; 8 (2): 180-185.
26. Bonnetblanc JM, Bonafé JL y Vidal E. Dietary carotenodermias. *Ann Dermatol Venereol* 1987; 114 (9):1093-1096.
27. Andersen AE. Anorexia nervosa and bulimia in adolescent males. *Pediatr Ann* 1984; 13 (12): 901-904, 907.
28. Andersen AE y Holman JE. Males with eating disorders: challenges for treatment and research. *Psychopharmacol Bull* 1997; 33 (3): 391-397.
29. Gueguen J, Godart N, Chambry J, Brun-Eberentz A, Foulon C, Divac Phd SM, Guelfi JD, Rouillon F, Falissard B y Huas C. Severe anorexia nervosa in men: Comparison with severe AN in women and analysis of mortality. *Int J Eat Disord* 2012; 45 (4): 537-545.