

COMORBILIDAD COMPLEJA EN TCA: UN CASO DE SÍNDROME DE MARCHIAFAVA-BIGNAMI.

C, Ramos-Vidal¹²; A, Fuertes-Saiz³; T, Verdegal Branchadell¹; G, Llorca Díez¹²; A, Real Dasí¹; M, Real-López¹².

¹Consortio Hospitalario Provincial de Castellón ²Universitat Jaume I de Castelló ³Hospital General Universitario de Castellón

INTRODUCCIÓN Y METODOLOGÍA

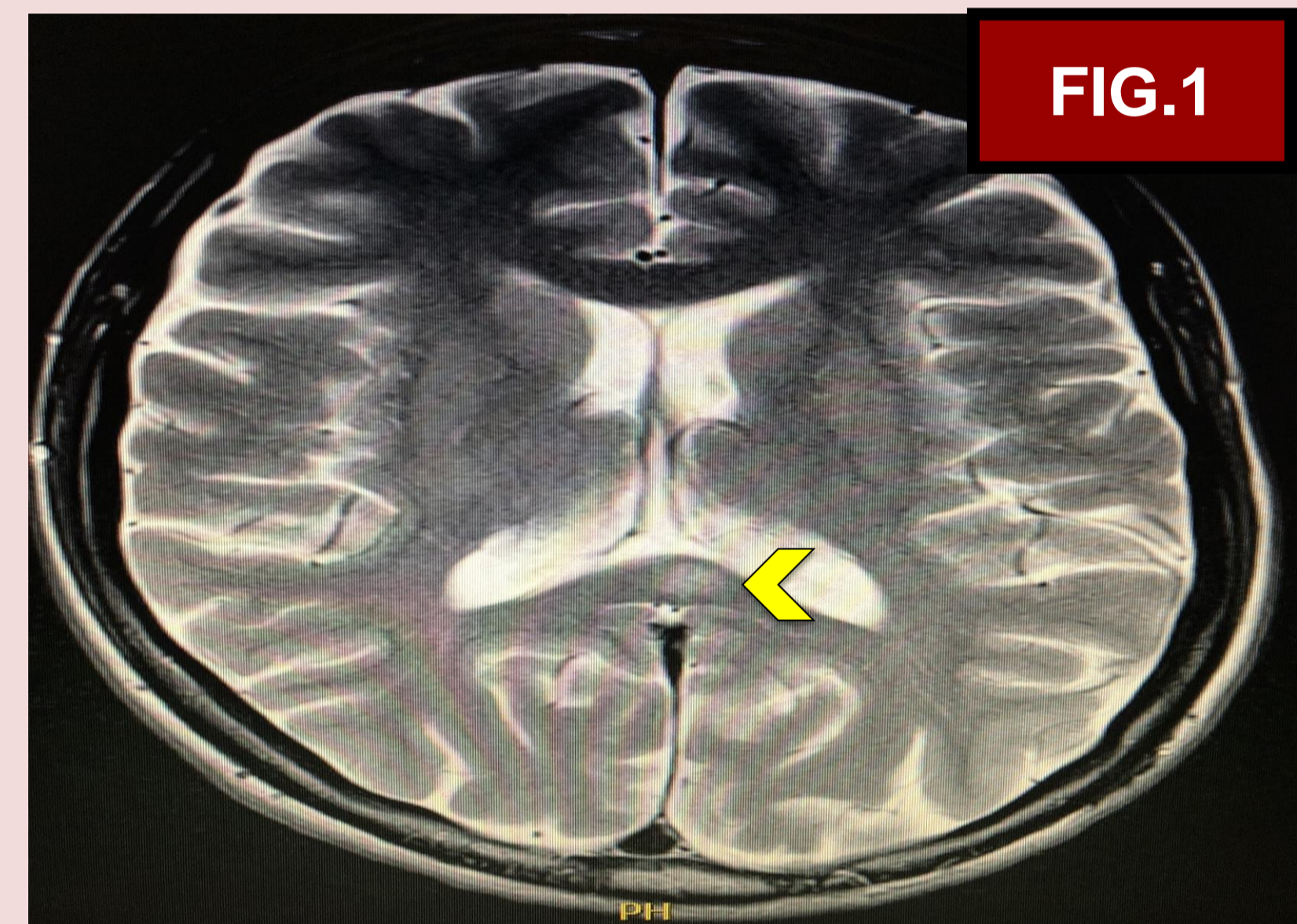
La atención a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) va ligada a una supervisión de la salud física de los pacientes. La cronicidad y gravedad hacen que desarrollen comorbilidades complejas cuyo diagnóstico y abordaje pueden ser difíciles. A continuación se expone el caso clínico de una paciente con Anorexia Nerviosa (AN) crónica complicada por un diagnóstico neurológico que dificulta su tratamiento, el Síndrome de Marchiafava-Bignami (SMB). Se trata de una enfermedad neurológica muy poco frecuente cuya etiología se atribuye a estados de desnutrición y los efectos neurotóxicos del alcohol. Clínicamente puede cursar con deterioro cognitivo y demencia, espasticidad, disartria, convulsiones y síntomas de desconexión interhemisférica. El diagnóstico se establece mediante la identificación de lesiones características en RMN seriadas (especialmente localizadas en el cuerpo caloso). No existe tratamiento específico y el pronóstico es variable alternando entre la remisión completa, la cronicidad del cuadro y la muerte.

CASO CLÍNICO

Mujer de 53 años con AN desde los 13 años. Su curso ha sido crónico, sin búsqueda de ayuda. Desde los 30 años acude a Salud mental con demanda intermitente de tratamiento por clínica ansioso-depresiva sin permitir intervenir el TCA (mantiene IMC de 16). A los 50 años se detecta abuso de alcohol (al menos durante 3 años) con fines ansiolíticos y se deriva a la Unidad de Conductas Adictivas. En este contexto (cambios farmacológicos, restricción alimentaria crónica y abandono del hábito enólico) la paciente ingresa por sospecha de delirium a cargo del servicio de Patología dual y Medicina Interna. Este ingreso, de una semana de duración, sirve para encauzar a la paciente hacia la Unidad de Trastornos Alimentarios (UTA). En UTA desde el inicio destaca a la exploración: bradicinesia, bradipsiquia, discurso empobrecido y parco y pérdida de autonomía en actividades cotidianas (negativa rígida a alimentarse sin cogniciones anorexígenas, déficit en higiene, no maneja dinero). Se realiza interconsulta a la Unidad de Neurología pero el estado de desnutrición condiciona la valoración neuropsicológica. Se produce una pérdida de peso grave (IMC de 12,3) por lo que se procede a ingreso para renutrición.

A lo largo de más de dos meses de ingreso, se ha objetivado una ganancia ponderal progresiva y la recuperación física de la paciente, sin embargo, el deterioro cognitivo inicial persiste y parece inamovible. Los ajustes de medicación (antidepresivos, benzodicepinas, neurolépticos) no han modificado el cuadro.

El diagnóstico de SMB se ha establecido tras la detección de una lesión en esplenio de cuerpo caloso en RMN seriadas (realizadas en el ingreso por delirium). Se han identificado como posibles desencadenantes tanto el estado de déficit nutricional como el abuso de alcohol. Se está enfocando el caso como daño cerebral sobrevenido. La AN en esta paciente también se está abordando desde esta vertiente ya que no existe posibilidad de intervención cognitiva.



DISCUSIÓN

En este caso, el TCA crónico ha actuado junto con el abuso de alcohol como factor etiológico del SMB pero una vez establecido éste ha sido imposible realizar un abordaje propio del TCA. En el caso de concurrir un consumo abusivo de alcohol, un TCA y un deterioro neurológico, ha de ser tenido en cuenta el riesgo de aparición de SMB ya que condiciona el abordaje en función de su severidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hillbom M, Saloheimo P, Fujioka S, Wszolek ZK, Juvela S, Leone MA. Diagnosis and management of Marchiafava-Bignami disease: A review of CT/MRI confirmed cases. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2014; 85: 168-173.
2. Rodríguez-Fernández, S et al. Enfermedad de Marchiafava-Bignami en cuidados intensivos. Med Intensiva. 2005;29(7):396-9
3. Navarro, JF, Noriega S. Enfermedad de Marchiafava-Bignami. Rev Neurol 1999; 28(5) :519-523