

Anorexia nerviosa. Una causa excepcional de derrame pericárdico severo

Inés Ramos González-Cristóbal
Rocío Párraga Gutiérrez
José Juan Gómez de Diego
José Alberto de Agustín Loeches

Correspondencia

José Juan Gómez de Diego
josejgd@gmail.com

Servicio de Cardiología. Instituto Cardiovascular. Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Enviado: 09/10/2022

Aceptado: 30/10/2022

En línea: 31/12/2022

Citar como: Ramos González-Cristóbal I, Párraga Gutiérrez R, Gómez de Diego JJ, de Agustín Loeches JA. Anorexia nerviosa. Una causa excepcional de derrame pericárdico severo. RETIC. 2022 (Diciembre); 5 (3): 54-56. doi: 10.37615/retic.v5n3a12.

Cite this as: González-Cristóbal I, Párraga Gutiérrez R, Gómez de Diego JJ, de Agustín Loeches JA. Anorexia nerviosa An exceptional cause of severe pericardial effusion. RETIC. 2022 (December); 5 (3): 54-56. doi: 10.37615/retic.v5n3a12.

Palabras clave

- ▷ Derrame pericárdico
- ▷ Trastorno conducta alimentaria
- ▷ Hipoproteinemia.

Keywords

- ▷ Pericardial effusion
- ▷ Anorexia nervosa
- ▷ Hypoproteinemia

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria restrictivos producen un déficit de nutrientes que puede tener consecuencias fatales en el sistema cardiovascular, endocrino, digestivo y neurológico. Es poco sabido que la anorexia nerviosa puede ser una causa de derrame pericárdico. Presentamos el caso de un paciente con anorexia nerviosa grave y derrame pericárdico severo y con un diagnóstico etiológico incorrecto que fue causa de complicaciones graves con el tratamiento, que no consiguió resultados hasta mejorar el estado nutricional general.

ABSTRACT

Restrictive eating behavior disorders produce a nutrient deficit that can have fatal consequences on the cardiovascular, endocrine, digestive and neurological systems. It is little known that anorexia nervosa can be a cause of pericardial effusion. We present the case of a patient with severe anorexia nervosa and severe pericardial effusion and with an incorrect etiological diagnosis that was the cause of serious complications with the treatment, who did not achieve results until the general nutritional status improved.

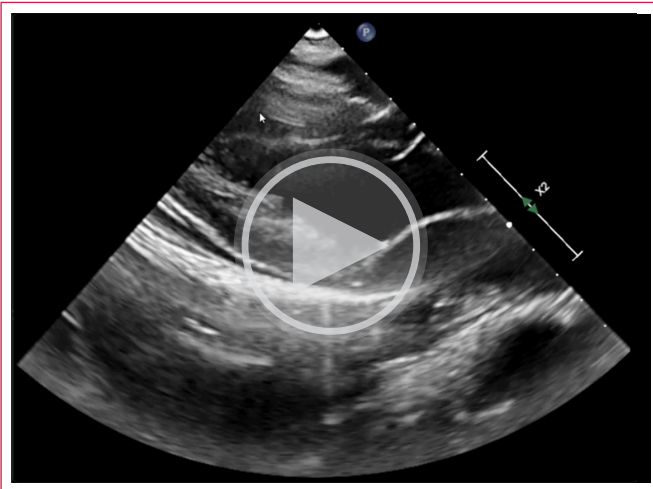
Presentación del caso

Presentamos el caso de un paciente de 21 años con antecedentes personales de sobrepeso desde el inicio de la adolescencia. Por este motivo consultó a los 17 años a su Médico de Atención Primaria, ya en rango de obesidad (IMC 30,9 kg/m²), con la intención de perder peso de forma supervisada siguiendo una dieta mediterránea. El seguimiento médico finalizó tras dos años, con una pérdida total de 30 Kg, obteniendo un IMC de 20,6 Kg/m². Desde entonces el paciente mantuvo una pérdida de peso progresiva y no supervisada que consistía en la restricción cada vez mayor de alimentos y la realización de al menos una hora y media de ejercicio físico intenso diario.

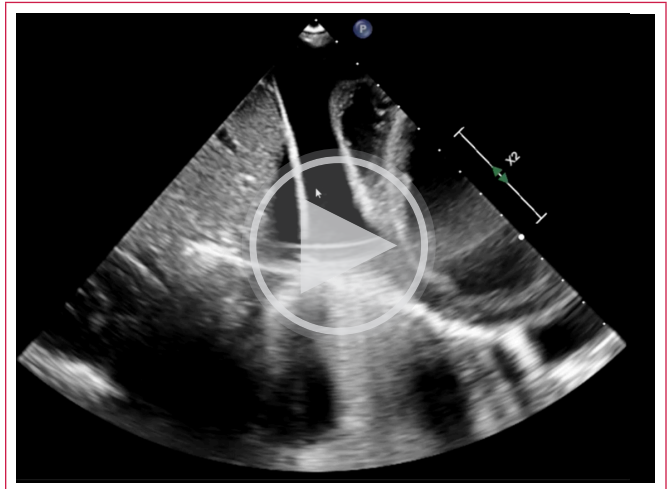
El paciente ingresa en Medicina Interna por diarrea crónica de un mes de evolución, asociada a astenia y edemas en miembros inferiores. A su ingreso lla-

ma la atención su extrema delgadez (con un IMC 14 Kg/m²) y la presencia de múltiples alteraciones analíticas, con fracaso renal, hipertransaminasemia leve, hipotiroidismo, hipogonadismo, hipoproteinemia (5,4 mg/dl) e hipoalbuminemia (3,3 mg/dl).

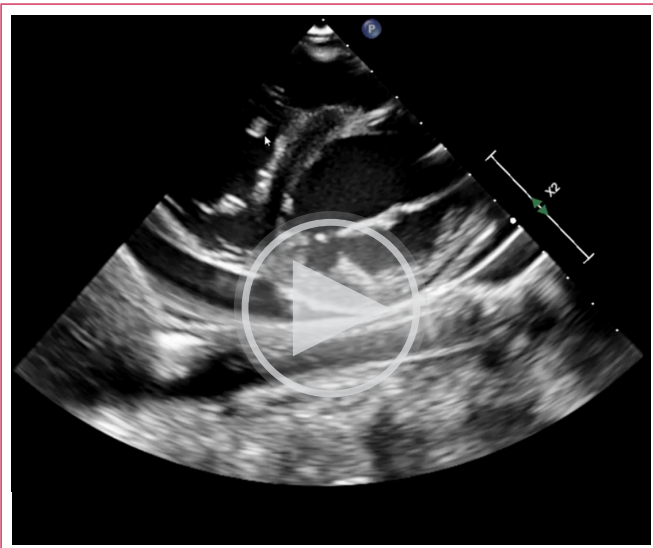
Desde el punto de vista cardiovascular presenta bradicardia (40 lpm), hipotensión arterial (90/60 mmHg) y edemas pretibiales. Por esta razón se realizó un ecocardiograma transtorácico que encontró la presencia de un derrame pericárdico severo circunferencial sin tractos de fibrina. El derrame no se asociaba a signos de repercusión funcional, probablemente debido a que se trataba de un derrame crónico. En el estudio no se encontró ningún signo de compromiso hemodinámico: se encontraba bradicárdico, con expansión completa de cavidades derechas, tenía una vena cava inferior levemente dilatada pero colapsable > 50% con la inspiración. El ventrículo izquierdo presentaba dimensiones normales y función sistólica preservada (**Videos 1 a 5**).



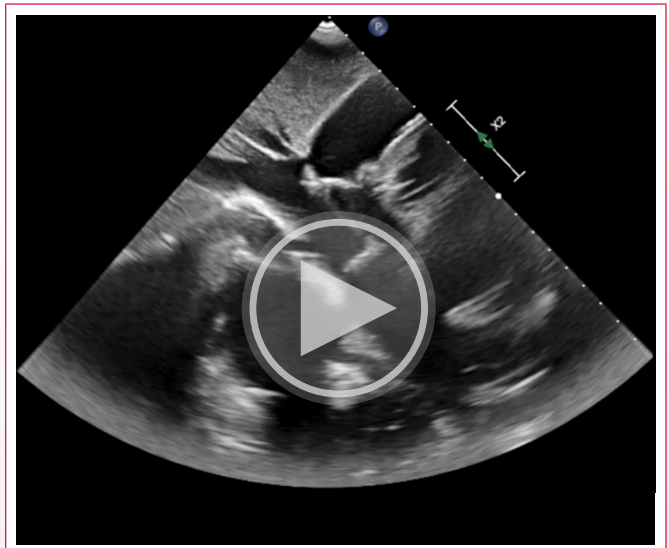
Video 1. Estudio inicial, Plano paraesternal de eje largo. El derrame aún no es visible.



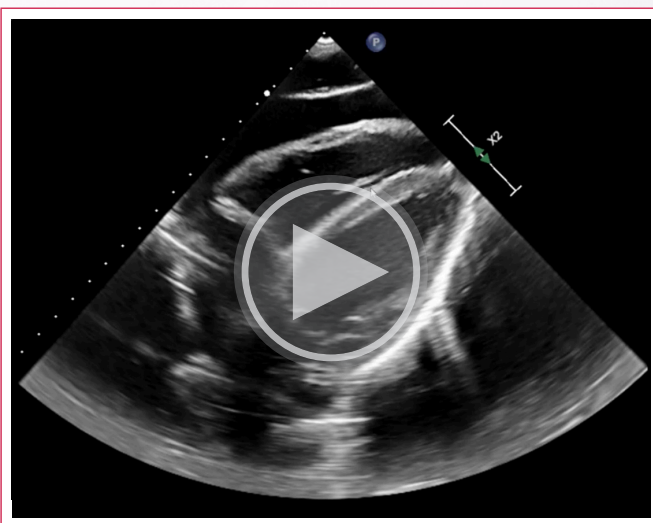
Video 4. Estudio inicial. Plano subcostal de eje corto. De nuevo se aprecia el derrame severo y la ausencia de compresión de cavidades.



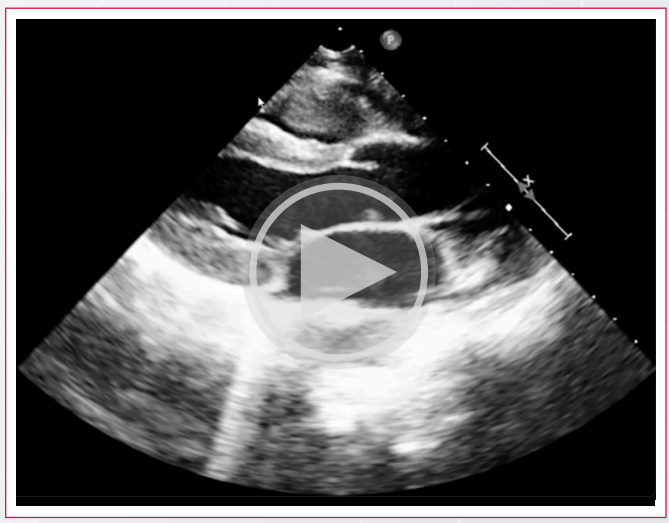
Video 2. Estudio inicial. Plano paraesternal de eje corto. Derrame importante apreciable sobre todo bajo la cara inferior.



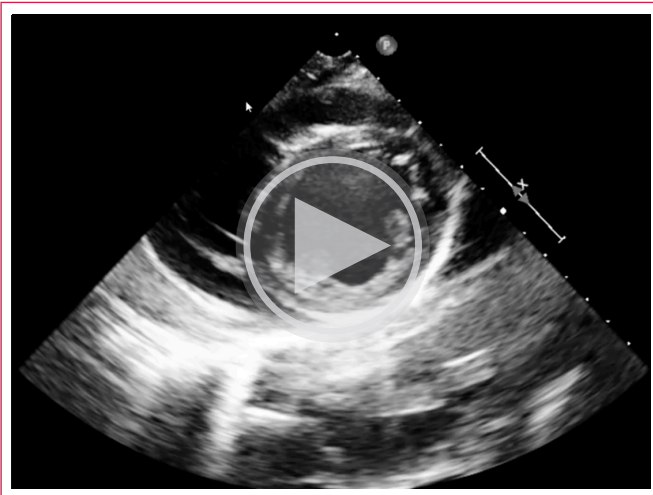
Video 5. Estudio inicial. Plano subcostal centrado en la cava inferior, que no está muy dilatada, aunque ha perdido la variación de calibre respiratoria.



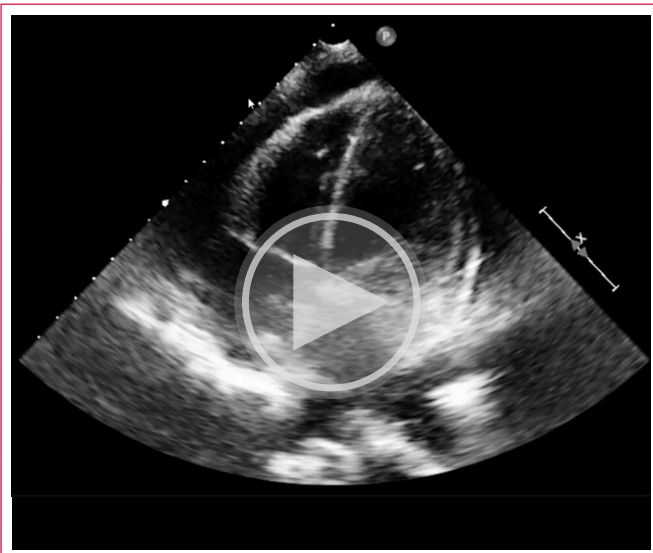
Video 3. Estudio inicial. Plano subcostal de eje largo. Este plano permite comprobar que el derrame es severo y que no causa compresión de cavidades.



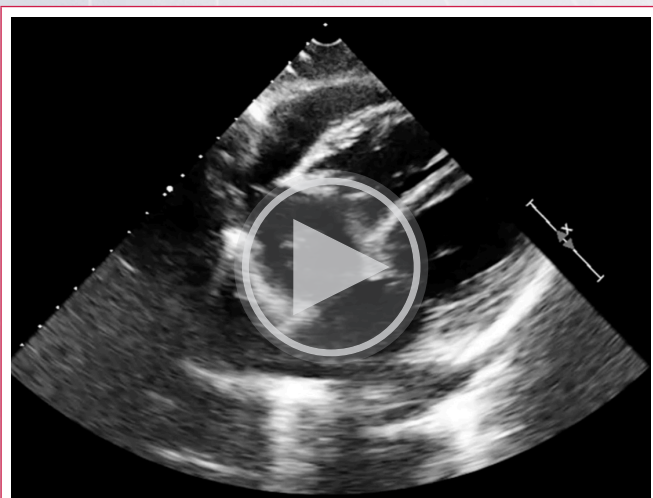
Video 6. Estudio tras tratamiento, Plano paraesternal de eje largo, sin derrame apreciable.



Video 7. Estudio tras tratamiento, Plano paraesternal de eje corto. Persiste el derrame pericárdico que claramente ha mejorado.



Video 8. Estudio tras tratamiento, Plano apical de cuatro cámaras. Derrame pericárdico persistente pero ahora de grado moderado.



Video 9. Estudio tras tratamiento, Plano subcostal de eje largo. Mejoría parcial del derrame.

Discusión

En pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, especialmente en aquellos con trastorno restrictivo donde es más probable el desarrollo de hipoproteinemia, no es infrecuente encontrar un derrame pericárdico “silente”. Debido precisamente a su naturaleza crónica, el derrame es bien tolerado, pasando desapercibido en gran parte de los casos y dejándonos una prevalencia tan variable en la bibliografía que abarca del 22 al 71%¹.

La anorexia nerviosa es el desorden alimentario cuyas complicaciones cardiovasculares conllevan un mayor riesgo vital, por ello a pesar de la ausencia de repercusión hemodinámica en el estudio ecocardiográfico, el derrame y su severidad son un factor de mal pronóstico². Factores que parecen favorecer la persistencia del derrame y una mayor gravedad del mismo son una rápida pérdida de peso, índices de masa corporal extremadamente bajos y alteraciones hormonales con descenso de los niveles de T3L y del factor de crecimiento IGF-1³.

En este caso, al tratarse de un paciente sin conocimiento previo del trastorno alimentario subyacente, el motivo de consulta en urgencias (diarrea crónica) actuó como factor confusor e invitó a considerar erróneamente la posibilidad de pericarditis como causa del derrame como primera opción. Sin embargo, la mala respuesta clínica, analítica y ecocardiográfica al tratamiento estándar con AINES favoreció su interrupción. Gracias a la evolución del paciente pudimos comprobar cómo, con la simple corrección de la desnutrición y el aumento subsiguiente del poder oncótico debido a un perfil proteico normal, el derrame pericárdico mejoró visiblemente de forma paralela a la situación funcional del resto de órganos.

Conclusión

La desnutrición puede ser una causa de derrame pericárdico por lo que debemos tener en cuenta esta posible causa en el diagnóstico diferencial, especialmente en pacientes en edad joven. En este caso el derrame es un marcador de un problema sistémico mucho más importante. El tratamiento necesita la corrección del desorden alimentario subyacente.

Ideas para recordar

- El derrame pericárdico es una de las formas de presentación de la afectación multiorgánica de los trastornos de la conducta alimentaria graves.
- Su prevalencia es variable y en todos los casos constituye un factor de mal pronóstico
- El tratamiento de elección es la corrección de la desnutrición, evitando toxicidad farmacológica innecesaria.

Bibliografía

1. Mehler PS, Brown C. Anorexia nervosa - medical complications. J Eat Disorders.
2. Spina G, Clemente A, Roversi M, Marchili MR, Silvestri P, Mascolo C, et al. Early echocardiographic evaluation of children admitted to the emergency department for anorexia nervosa during the COVID-19 pandemic. Eat Weight Disorder
3. Inagaki T, Yamamoto M, Tsubouchi K, Miyaoka T, Uegaki J, Maeda T, et al. Echocardiographic investigation of pericardial effusion in a case of anorexia nervosa. Int J Eat Disord. 2003;33:364–6.