



## Doctor: "Todo me sienta mal". Psicogastroenterología

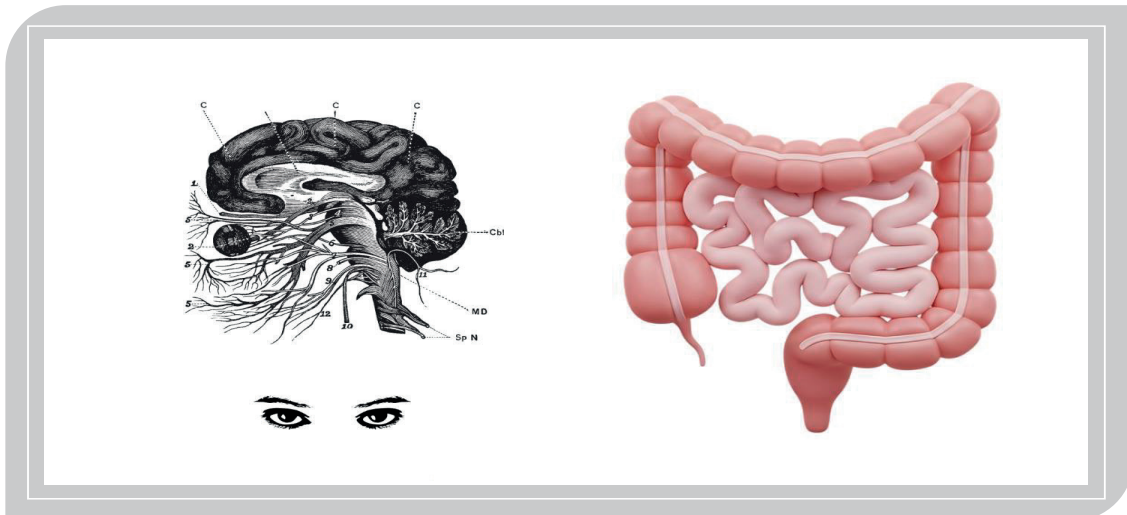
### Competencias adquiridas

El alumno/a conoce la interacción cerebro-intestinal, el concepto de trastorno de conducta alimentaria, la somatización y el impacto a largo plazo de una historia de abusos y maltratos físicos o sexuales.

### CASO CLÍNICO

Una mujer de 25 años es derivada al gastroenterólogo por referir frecuentes episodios de dolor abdominal asociados a vómitos que se repiten 3-4 veces en el día. Solo le ocurren en el fin de semana, cuando viaja a la montaña, junto con un grupo de amigos, para practicar el esquí. El resto de la semana se encuentra bien. Ha visitado a numerosos facultativos y a un homeópata, sin encontrar una explicación a sus síntomas. Las determinaciones analíticas básicas (hemograma, función renal, electrolitos séricos, perfil lipídico y enzimas hepáticas) se hallan en rango de normalidad, salvo en

una ocasión en la que acudió a urgencias por vómitos cuantiosos, momento en el que se detectaron signos de hiponatremia, hipocloremia, hipopotasemia y alcalosis metabólica. La tensión arterial sistólica en ese momento era de 120 mmHg. Durante el interrogatorio, el digestólogo le pregunta si encuentra alivio del dolor abdominal con baños o duchas de agua caliente.



**1. ¿Cuál de las siguientes entidades está sospechando el facultativo o desea descartar?**

- a. Síndrome de vómitos cíclicos.
- b. Abusos o maltratos.
- c. Síndrome de hiperemesis por cannabinoides.
- d. Enfermedad de Addison.

Respuesta: **C.**

*Razonamiento:*

Quando el médico interroga a la paciente acerca de un posible alivio de los síntomas con baños o duchas de agua caliente está contemplando la posibilidad de un **síndrome de hiperemesis** asociado a **cannabinoides**. Este síndrome se caracteriza por episodios recurrentes de náuseas intensas, vómitos y dolor abdominal en consumidores crónicos de cannabis. Se alivia temporalmente con duchas o baños de agua caliente, pero el único tratamiento definitivo es dejar de consumir cannabis por completo. Los síntomas se desarrollan en tres fases: prodrómica (náuseas matutinas y malestar), hiperemesis (vómitos intensos, dolor abdominal y el uso compulsivo de duchas calientes) y de recuperación (resolución de los síntomas tras la abstinencia)<sup>1</sup>. El síndrome de **vómitos cíclicos** es un trastorno que provoca episodios recurrentes y repentinos de náuseas y vómitos intensos que pueden durar desde unas horas hasta varios días. En los intervalos, la persona está sin síntomas. Los episodios son similares entre sí y a menudo se asocian con dolor abdominal, palidez, mareos y letargo. El tratamiento con amitriptilina (25 mg en dosis única nocturna) proporciona alivio e incluso resolución de los síntomas en una proporción notable de pacientes. Una historia de abusos o maltratos nunca debe ser desestimada. En este caso, llama la atención, la singularidad de que los síntomas aparezcan en días muy concretos de la semana coincidiendo con momentos de ocio y diversión, donde es frecuente el uso de drogas recreacionales\*. La enfermedad de Addison puede producir crisis de dolor abdominal y vómitos. En estos pacientes, además de la hiponatremia es común detectar hiperpigmentación, hipotensión, **hipercaliemia** y acidosis metabólica, alteraciones que no se describen en esta paciente (TA sistólica: 120 mmHg, hipocaliemia y alcalosis).

<sup>1</sup> Seabrook JA, Seabrook M, Gilliland JA. Cannabis Hyperemesis Syndrome in Youth: Clinical Insights and Public Health Implications. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2025;22(4):633.

**2. Aunque la paciente negaba sistemáticamente el uso de drogas recreativas durante los fines de semana, una analítica de tóxicos en orina reveló la presencia de cannabis (> 50 ng/mL) y la paciente aceptó una terapia de deshabituación con la que se obtuvo una remisión total de los síntomas. Seis meses después es**

\* **Drogas recreativas:** consumo de drogas con la intención generar o mejorar la experiencia de ocio. Incluyen sustancias como el alcohol, la nicotina (tabaco) y la cafeína (café, té, refrescos), que son comunes y legales en la mayoría de los lugares, pero también drogas ilícitas como el cannabis, el éxtasis (MDMA), LSD, así como medicamentos recetados como anfetaminas y benzodiazepinas.

remitida de nuevo por clínica de dispepsia y vómitos recurrentes sin respuesta al tratamiento empírico con procinéticos y omeprazol y sin evidencia de infección por *H. pylori*. La paciente aduce que todo lo que come le sienta mal y ha comenzado a evitar diversos alimentos incluyendo lactosa y gluten, sin una respuesta satisfactoria. Antes bien, ha comenzado a presentar estreñimiento y pérdida del 8% de su peso habitual. La paciente niega tener una imagen distorsionada de su propio cuerpo ni le preocupa este aspecto, pero ha comenzado a desarrollar comportamientos obsesivo-compulsivos y síntomas de hipocondriasis. Se han realizado algunas pruebas de imagen (ecografía y TC abdominal), serología de enfermedad celíaca, así como una gastroduodenoscopia con biopsias duodenales, sin apreciar ningún tipo de organicidad.

### ¿Cuál de las siguientes afirmaciones o valoraciones es correcta?

- Es probable que la paciente esté desarrollando un trastorno de conducta alimentaria (TCA) tipo anorexia nerviosa.
- El cuadro clínico encajaría en un TCA tipo evitativo-restrictivo.
- Debería indicarse una angiorresonancia para descartar un pinzamiento de la arteria mesentérica superior como causa de dispepsia y vómitos refractarios.
- Solicitaría un test respiratorio con glucosa para descartar sobrecrecimiento bacteriano intestinal (SIBO).

Respuesta: **B**.

#### Razonamiento:

Detrás de expresiones del tipo "nada me sienta bien" o "todo me sienta mal" (a menudo el término se extiende también a los medicamentos) puede esconderse un TCA. El caso de la paciente que se presenta encajaría en un TCA de tipo evitativo-restrictivo<sup>1</sup>. La pérdida de peso es un rasgo compartido con la anorexia nerviosa, pero en el trastorno evitativo-restrictivo **no existe una imagen corporal distorsionada** ni preocupación por la ganancia de peso. El trastorno afecta con mayor frecuencia a mujeres y típicamente comienza en edades tempranas. A menudo, las pacientes llegan a rechazar encuentros sociales en los que existan momentos en torno a la comida, reuniones de trabajo, ocio y reuniones familiares y es muy común el padecimiento de comorbilidades psicológicas (ansiedad, depresión, comportamientos fóbicos, hipocondriasis y rasgos obsesivos de comportamiento). Es muy frecuente que consulten a diversos facultativos y se realicen pruebas de escasa rentabilidad diagnóstica con resultados variables y a menudo equívocos (incluyendo test respiratorios para la detección de SIBO, pruebas de alergias alimentarias basadas en IgG, medición de concentraciones de la enzima diaminoxidasa [DAO], etc). El síndrome de Wilkie\*\* o pinzamiento de la arteria mesentérica superior (AMS) es una reconocida causa de vómitos recurrentes, generalmente en mujeres delgadas, donde la 3ª porción del duodeno queda atrapada entre la aorta y la AMS ("pinza"), dificultando con ello el vaciamiento gástrico. En pacientes con TCA y pérdidas

\*\* **Síndrome de Wilkie**. Nombrado así por Sir David Wilkie, quien describió la enfermedad en 1927.

*significativas de peso es común apreciar una disminución de este ángulo pudiendo abocar a un "sobrediagnóstico" e incluso a un tratamiento quirúrgico de consecuencias imprevisibles.*

<sup>1</sup>Attia E, Walsh BT. Eating Disorders: A Review. JAMA. 2025;333(14):1242-1252. Nutrients. 2019;11(11):E2557.

- 3. La paciente fue derivada a una consulta de psicología clínica y a una dietista-nutricionista con el fin de trabajar de forma conjunta para corregir deficiencias nutricionales, deshacer mitos y creencias erróneas respecto al consumo de alimentos e identificar posibles estresores. Después de varias visitas infructuosas, el gastroenterólogo aprovechó un momento de privacidad con la paciente (hasta entonces siempre había venido acompañada por su padre) para conversar con ella acerca de una posible historia de abusos o maltratos en épocas anteriores de su vida. La paciente asintió con la cabeza y comenzó a llorar en la propia consulta.**

**¿Cuál de estos síntomas considera que pueden estar relacionados con una historia de abusos?**

- a. Síntomas somáticos.
- b. Cambios en el sistema de valores de la persona.
- c. Hipervigilancia.
- d. Todas ellas son correctas.

Respuesta: **D.**

*Razonamiento:*

*La historia de esta paciente es un ejemplo del impacto que un antecedente de abusos o maltratos físicos o sexuales puede tener a largo plazo sobre diversos órganos y sistemas<sup>1,2</sup>. Existe un amplio abanico de situaciones generadas por el antecedente de un trauma psicológico incluyendo síntomas somáticos, hipervigilancia, cambios profundos en el sistema de valores de la persona, desequilibrios emocionales, conductas de evitación, pérdida de interés por actividades sociales que antes resultaban confortables, inestabilidad en las relaciones interpersonales, déficit de atención, alteraciones cognitivas, pérdida de memoria y mayor vulnerabilidad para revivir traumas previos ante determinados eventos (retraumatización). La **Tabla 1** muestra un amplio abanico de situaciones que pueden generar ansiedad e incluso un trastorno por estrés postraumático<sup>\*\*\*</sup>. Existe evidencia de calidad que relaciona los antecedentes de maltrato con un mayor riesgo y una mayor gravedad de los síntomas gastrointestinales, como dolor abdominal, hinchazón, náuseas y síntomas compatibles con trastornos gastrointestinales funcionales, como el síndrome del intestino irritable (SII) y la dispepsia funcional. Esta asociación se observa en múltiples tipos de maltrato (emocional, físico, sexual) y es evidente tanto en adultos como en niños.*

**\*\*\* Trastorno por estrés postraumático.** Trastorno relacionado con la salud mental que puede desarrollarse después de vivir o presenciar un evento traumático que amenaza la vida o la seguridad

Tabla 1	
Tipos de trauma	Definición y ejemplos
Trauma interpersonal	Ocurren con frecuencia en el entorno familiar (esposa, niños, parientes cercanos). Algunos ejemplos son: abusos emocionales o derivados de negligencias, abusos o asaltos sexuales, violencia doméstica, abusos a ancianos
Traumata infantiles	Abusos físicos o sexuales, crecer en un hogar donde uno de los convivientes abusa de drogas ilícitas, es encarcelado, es enfermo mental o con ideas suicidas, o simplemente el niño es testigo de abusos o maltratos hacia el cónyuge o de divorcio o separación
Traumata grupales	P. ej., una familia que sufre el ataque de un grupo de militares con riesgo implícito de perder a varios miembros de la familia durante el asalto
Traumata culturales o en la comunidad	Se aplica a numerosos escenarios que abocan a un sentimiento de inseguridad en la propia comunidad: asaltos con fines de abuso físico o sexual, peleas en el barrio o entre vecinos, delitos de odio, robos en el lugar de trabajo, violencia callejera, tiroteos en la escuela
Trauma masivo	Resultado de desastres naturales (huracanes, terremotos) que afectan de forma directa o indirecta a un número importante de personas. Incluye las consecuencias a corto y largo plazo que han de afrontar los supervivientes.
Terrorismo	Actos violentos perpetrados con la finalidad de generar destrucción e inseguridad acerca del futuro entre los afectados y supervivientes (miedo, ansiedad...)
Traumata históricos	Sucesos históricos que han conmovido a sucesivas generaciones (maltrato a esclavos afroamericanos, reubicación forzada de poblaciones indígenas, holocausto a la población judía y otros genocidios, martirios sufridos por creencias religiosas...)
Retraumatización	Sucesos vitales que hacen que una persona sienta que está reviviendo un trauma (aquí se incluyen traumas generados por actuaciones deshonestas, desconsideradas o negligentes del propio sistema sanitario)

<sup>1</sup> Bureychak T, Sjödaahl J, Barazanji N, et al. Exploring Associations of Different Types of Childhood Trauma With Symptomatology in Irritable Bowel Syndrome. *Neurogastroenterology and Motility*. 2025;e70148. doi:10.1111/nmo.70148.

<sup>2</sup> Jacobsen SA, Petersen MW, Wellnitz KB, et al. Functional Somatic Disorders in Individuals With a History of Sexual Assault. *JAMA Psychiatry*. 2025;2840892.

**4. La mayoría de las personas con bulimia nerviosa tienen el peso dentro de la normalidad.**

- a. Verdadero.
- b. Falso.

Respuesta: **A - Verdadero**

*Razonamiento:*

*La bulimia nerviosa es un trastorno psiquiátrico grave caracterizado por episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos ricos en grasas e hidratos de carbono, altos en calorías y, por lo general, de textura suave, como dulces y bollería. Estos*

episodios ocurren en un corto período de tiempo (atracones), se acompañan de una sensación de pérdida de control sobre la ingesta y se siguen de conductas compensatorias inapropiadas para evitar el aumento de peso, como el vómito autoinducido, el uso indebido de laxantes, diuréticos o medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo<sup>1</sup>. Estas conductas deben ocurrir al menos una vez por semana durante tres meses para cumplir con los criterios diagnósticos establecidos por la American Psychiatric Association en el DSM-5.

Su prevalencia es superior a la de la anorexia, alcanzando del 1 al 3% de las mujeres jóvenes. El inicio es frecuentemente al final de la adolescencia, algo más tardío que en la anorexia y puede aparecer incluso en la madurez. Se han observado episodios aislados de atracones o purga hasta en el 40% de mujeres universitarias.

El trastorno se asocia frecuentemente con complicaciones médicas, principalmente derivadas de las conductas purgativas, como alteraciones electrolíticas, erosión dental, hipertrofia de glándulas parótidas y, en casos graves, arritmias cardíacas o rotura esofágica. Además, es común la coexistencia de otros trastornos psiquiátricos, como depresión, ansiedad y abuso de sustancias<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Mehler PS. Bulimia Nervosa. The New England Journal of Medicine. 2003;349(9):875-81.

<sup>2</sup> Nitsch A, Dlugosz H, Gibson D, Mehler PS. Medical Complications of Bulimia Nervosa. Cleveland Clinic Journal of Medicine. 2021;88(6):333-43.

## 5. La terapia familiar no es relevante en el manejo de los trastornos de la conducta alimentaria.

- a. Verdadero.
- b. Falso.

Respuesta: **A - Verdadero**

### Razonamiento:

Aunque la terapia cognitivo-conductual es la que mejores resultados proporciona en el manejo de los TCA a largo plazo, no puede olvidarse que la comida suele ser un acto social que comienza en el núcleo familiar. Es fundamental implicar a la familia en los hábitos saludables, no solamente dietéticos, sino también conductuales en torno al acto de la comida. Es muy frecuente que existan rechazos a ciertos alimentos que se repiten de padres a hijos o incluso entre generaciones, sin una causa orgánica que lo sustente. También se observan familias en las que la importancia de la estética corporal y la obsesión por la silueta forman parte de la educación de los hijos (especialmente hijas) favoreciendo la aparición y el mantenimiento de conductas patológicas propias de los TCA, especialmente anorexia y bulimia nerviosa. Por ello la terapia familiar (FBT, por sus siglas en inglés: Family-based treatment) se incluye prácticamente de forma rutinaria en el tratamiento de las personas que sufren TCA<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Wergeland GJ, Ghaderi A, Fjermestad K, et al. Family Therapy and Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders in Children and Adolescents in Routine Clinical Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. European Child & Adolescent Psychiatry. 2025;34(3):883-902.