

Boletín CAIPaDi

Diabetes tipo 2 y trastorno por atracón

La diabetes tipo 2, la obesidad y el síndrome metabólico son enfermedades en las que se ha asociado la comorbilidad con desórdenes en la conducta alimentaria [1]. Éstos se han identificados e incluidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades en su versión 10 (CIE-10) y en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales en su versión 5 (DSM-5). En pacientes adultos se incluye el trastorno por atracón, bulimia nervosa, síndrome de comedor nocturno, anorexia nervosa y trastorno de purga. [1].

Conceptualmente, el trastorno por atracón se define como la aparición de episodios recurrentes de una o dos horas de duración, durante los cuales se ingiere una cantidad de alimento mayor de la habitual. Se acompaña de una sensación de falta de control sobre la ingesta, seguido de malestar emocional y culpa [2]. Esto ocurre con una frecuencia de por lo menos 1 vez a la semana a lo largo de 3 meses consecutivos.

La prevalencia de estos trastornos en la población general es de 3.6% para mujeres y 2.1% en hombres. Ésta aumenta hasta un 20% en pacientes con diabetes tipo 2 y un 13.9% en pacientes con sobrepeso u obesidad [3].

La evidencia actual sustenta al trastorno por atracón como una

enfermedad que se puede desarrollar en la niñez o en la vida adulta asociada a factores de riesgo con base genética (herencia estimada de 41 a 57%), biológica (evidencia sobre variantes patogénicas del gen para el receptor de la melanocortina 4 y la consecuente alteración en la saciedad), rasgos de personalidad, cambios estructurales identificados por neuroimagen y a factores psicológicos [4-5].

Los pacientes con trastorno por atracón tienen 13 veces más riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 ya que durante un episodio de atracón hay un incremento considerable de la ingesta calórica. Este incremento conlleva a hiperinsulinemia, resistencia a la insulina, deterioro del control glucémico, modificación de la adiposidad central, cambios en lípidos, aumento de los niveles de cortisol y su impacto sobre marcadores proinflamatorios [3].

La presencia de un episodio de atracón y su frecuencia pueden asociarse a diferentes esquemas de tratamiento.

Algunos medicamentos, como los antipsicóticos (olanzapina, quetiapina, clozapina) modifican la frecuencia de ingesta de alimentos de acuerdo con las dosis empleadas y el tiempo de administración. Los medicamentos agonistas dopaminérgicos (pramipexol,

cabergolina, rotigotina) se ha asociado con un incremento en la dificultad de control de impulsos por lo que puede exacerbar el episodio de atracón [3].

Para identificar el trastorno por atracón se puede utilizar los siguientes recursos:

1. Escala de Trastornos por Atracón (versión en español): indica la presencia del trastorno por atracón y su gravedad. Según el puntaje obtenido los sujetos pueden agruparse en 3 categorías [5]:

- 17 o menos: no presentan atracón
- 18-26: Atracón moderado
- 27 o más: atracón severo

2. Preguntar directamente los criterios diagnósticos del DSM-5

- Ingestión de una cantidad de alimentos que es claramente superior al que la mayoría de las personas ingerirían

- Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.

- Malestar intenso respecto a los atracones.

- Los atracones se producen, en promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

Dentro de las opciones de abordaje y tratamiento se sugieren las siguientes [3]:

1. Implementar intervenciones dietéticas.
2. Identificar presencia de ansiedad, depresión y detonantes para un atracón.
3. Evaluar la frecuencia en la que se presenta el atracón cada semana.
4. Identificar los medicamentos que pueden causar o aumentar el atracón.
5. Optimizar el tratamiento para el control glucémico.
6. Iniciar tratamiento para el manejo del trastorno por atracón.

-Lisdexanfetamina: único medicamento aprobado por la FDA para en tratamiento del trastorno por atracón. Sin embargo, no hay estudios en pacientes con diabetes tipo 2 por lo que no se recomienda su uso en esta población por el potencial incremento del riesgo cardiovascular.

- **Topiramato:** se ha estudiado en pacientes con obesidad y diabetes tipo 2. Las dosis sugeridas son 75-100mg/24h.

- **Fluoxetina:** se ha estudiado en el tratamiento del trastorno por atracón en pacientes con diabetes tipo 2 y obesidad. Las dosis sugeridas son 60-80mg/24 h.

-**Liraglutide:** agonista GLP-1 aprobado para el control glucémico con efecto en la disminución de la ingesta de alimentos y en paciente con trastorno con atracón se ha utilizado a dosis de 1.8mg/ 24h como tratamiento.

-**Naltrexona/Bupropión:** La dosis máxima diaria recomendada es

32mg naltrexona/
360mg/bupropión.

7. Envío a psicoterapia para terapia cognitivo conductual, terapia dialéctica conductual, psicoterapia interpersonal o tratamiento conductual para reducción de peso.

Dra. Teresa Alcántara Garcés

Psiquiatría de enlace
CAIPaDi

REFERENCIAS

1. Sadock, Benjamin J., et al. *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry*. Eleventh edition, Wolters Kluwer, 2015.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
3. Harris, S. R., Carrillo, M., & Fujioka, K. (2020). BINGE EATING DISORDER AND TYPE 2 DIABETES: A REVIEW. *Endocrine Practice*.
4. Branson, Ruth, et al. «Binge Eating as a Major Phenotype of Melanocortin 4 Receptor Gene Mutations». *New England Journal of Medicine*, vol. 348, n.º 12, marzo de 2003, pp. 1096-103.
5. Agüera Z, Lozano-Madrid M, Mallorquí-Bagué N, Jiménez-Murcia S, Menchón JM, Fernández-Aranda F. A review of binge eating disorder and obesity. *Neuropsychiatr*. 2020 Apr 28. English. doi: 10.1007/s40211-020-00346-w. Epub ahead of print. PMID: 32346850.
6. Losada, Analia Veronica y Marmo, Julieta (2013). *Herramientas de Evaluacion En Trastornos de La Conducta Alimentaria*. Madrid: Editorial Académica Española.