

Mononeuropatía peronea secundaria a anorexia nerviosa: A propósito de un caso.

María Pilar Calvo Rivera ¹, Alejandro Porras Segovia¹, Lidia
Aguado Bailón ²

1. Complejo Hospitalario Universitario, Granada

2. FEA Psiquiatría, Málaga

Motivo de consulta: Paciente de 12 años remitida a urgencias por monoparesia de pie derecho de un día de evolución. Se decide ingreso hospitalario para estudio.

Antecedentes personales: La menor de dos hermanos (un hermano varón cuatro años mayor). Viven junto a sus padres, familia estructurada con buena dinámica familiar.. Cursa primer año de educación secundaria con elevado rendimiento académico. Refiere problemas de adaptación al inicio de curso que se solventaron. Buena relación con pares. No antecedentes somáticos ni quirúrgicos de interés. No alergias medicamentosas conocidas.

No antecedentes psiquiátricos previos.

Desarrollo evolutivo: Embarazo y parto normales. Alimentada exclusivamente con lactancia materna los cuatro primeros meses que se suspende debido al trabajo materno. Buen paso a alimentos sólidos. No intolerancias alimentarias. A partir de los tres años de edad comienza a mostrarse caprichosa con los alimentos, a lo que la madre reacciona cocinando aquello que la niña demanda. No problemas en el patrón de sueño, si bien en los últimos meses insiste en dormir junto a la madre. Desarrollo psicomotor y control de esfínteres dentro de la normalidad.

Enfermedad actual: Desde hace un día la paciente camina raro, levantando más la rodilla y la cadera izquierda por impotencia funcional a la flexión dorsal del pie, lo que le impide la realización de su actividad física habitual (acude a gimnasia rítmica tres días por semana). No asocia dolor muscular, pérdida de visión ni otra clínica neurológica. No antecedentes traumáticos ni infecciosos (no diarrea, no catarro, no síndrome gripal). No presenta dolor abdominal, ni lumbar.

Refiere pérdida de apetito de meses de evolución que la paciente asocia a cuadro de gastroenteritis que sufrió al inicio del curso escolar, tras el cual han persistido las molestias intestinales por lo que desde hace meses “come más sano”. La familia afirma que la paciente ha comido mal desde siempre, presentando una dieta selectiva sin que los padres mostraran oposición a la misma. Sin embargo, en los últimos dos meses el padre comienza a notar conductas anómalas en la paciente (comía menos cantidad de lo habitual, rechazaba algunos de los alimentos que formaban parte de su reducida dieta o invertía más tiempo de la cuenta en cortar, trocear o masticar), se sumaba una mayor irritabilidad.

Exploración al ingreso: Peso 39, 8 kg. Talla: 165 cm IMC 14,63

Exploración neurológica: Pupilas isocóricas y normorreactivas. Pares craneales: normales. Tono, fuerza normal en miembros superiores y tronco con afectación de flexión dorsal y eversión de pie derecho (Balance muscular I/ VI, no puede contra gravedad), no así en pie izquierdo. Reflejo abdominal superficial normal. Reflejo flexor cutáneo dudoso bilateral. Reflejos osteotendinosos (ROT) normales en miembros superiores, pero abolidos a nivel patelar y aquileo derechos, débiles a nivel izquierdo. Sensibilidad: alteración de sensibilidad epicrítica y protopática en área de nervio ciático poplíteo externo (L5-S1). Cerebelo: no dismetrías ni adiadococinesia. Romberg negativo. Marcha en estepaje, con flexión forzada de rodilla y cadera para no arrastrar pie derecho. Marcha de puntillas levemente afectada. Marcha de talones, posible con pie izquierdo, imposible con pie derecho.

Exploración psicopatológica: Consciente, orientada en las tres esferas y colaboradora. Destaca frialdad distal en extremidad superior así como ligera caída de cabello. Se muestra tranquila. Discurso parco y enlentecido con dificultad en la expresión de emociones (alexitimia). Eutimia, con episodios de irritabilidad puntuales hacia familiares. Niega ideación anoréxica (miedo a engordar, pensamientos recurrentes en torno al peso y la imagen corporal, rechazo al incremento ponderal). No se distorsión de la imagen corporal. Niega conductas compensatorias (vómitos) ni el uso de laxantes ni enemas. No presenta incremento del ejercicio físico en las últimas semanas. No alteración en contenido ni forma del pensamiento ni en esfera sensorio-perceptiva. Hiporexia con pérdida ponderal de 7-8 kg en los últimos 4-5 meses. Sueño mantenido. No ideación autolítica. Escasa conciencia de enfermedad, aunque muestra una actitud colaboradora con el tratamiento.

Exploraciones complementarias:

Electroneurografía: el estudio sugiere una mononeuropatía focal del nervio peroneo superficial derecho en su trayecto a través de la cabeza del peroné de intensidad global moderada, con afectación exclusivamente del componente motor del nervio (en el momento de realizar la prueba).

Juicio clínico:

Mononeuropatía focal del nervio peroneo superficial derecho.
Anorexia nerviosa tipo restrictiva (F50.0)

Evolución: Tras los resultados de las pruebas complementarias se decidió contactar con el servicio de rehabilitación quien pautó tratamiento rehabilitador diario, así como suplementación con vitamina D. Tras el ingreso en planta se sigue el protocolo para Trastornos de Conducta Alimentaria, con manejo del mismo desde una perspectiva cognitivo-conductual. Se muestra, de forma progresiva, colaboradora con el programa siguiendo las normas e indicaciones del mismo. Tras dos meses de hospitalización se consigue incrementar el peso hasta un IMC de 17,6, así como una modificación de las conductas alimentarias anómalas. A medida que se produce incremento ponderal, se observa una mejora en la movilidad del pie afecto, encontrándose al alta una mononeuropatía focal del nervio peroneo de intensidad leve y con tendencia a su resolución.

Discusión: La anorexia nerviosa puede cursar con múltiples complicaciones médicas, asociadas a la desnutrición. Los casos de mononeuropatía peronea secundaria a anorexia nerviosa son escasos y raros de reportar. Su evolución suele ser buena, mejorando la clínica neurológica a medida que mejora el estado nutricional. Todos ellos requieren de un abordaje multidisciplinar.

Bibliografía:

1. Weber P, Rost B. Anorexia nervosa and nervus peroneus lesions. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother. 2009 Sep;37(5):469-72
2. Constanty A, Vodoff MV, Gilbert B, Dantoine F, Roche JF, Piquet C, Tabaraud F, de Lumley L. Peroneal nerve palsy in anorexia nervosa: three cases. Arch Pediatr. 2000 Mar;7(3):316-7.