



**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Medicina**

**Hospital General “Dr. Manuel Gea González”**

**División de Dermatología**

TÍTULO:

**Alteraciones mucocutáneas más frecuentes en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE SUB-ESPECIALISTA EN:**

**“*DERMATOLOGÍA*”**

**PRESENTA: DRA. ELIZABETH SALAZAR ROJAS.**

**DIRECTOR DE TESIS: DR. ROBERTO ARENAS GUZMAN.**

México D.F a 31 de Julio del 2014.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **Agradecimientos:**

A mi mamá, mi papá y a Sonia por acompañarme desde hace muchos años en esta travesía de la medicina, incondicionalmente.

A Leo por estar a mi lado siempre, dispuesto a ayudar y entenderme.

Al Dr. Arenas por su enseñanza y paciencia, el mejor revisor que puedo tener.

A Jisel y Griselda por el inicio de un gran proyecto.

A todos mis maestros de DermaGea.

A los pacientes que hicieron esto posible.

A mis queridas amigas que me acompañan en el día a día.

**Este trabajo de Tesis con No. 06-88-2011, presentado por la Dra. Elizabeth Salazar Rojas, se presenta en forma con visto bueno por el Tutor principal de la Tesis: Dr. Roberto Arenas Gúzman, adscrito al servicio de Dermatología y Jefe del servicio de Micología de este hospital, con fecha del 28 de julio del 2014 para su impresión final.**

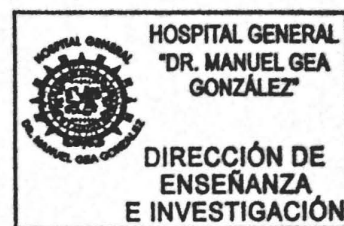
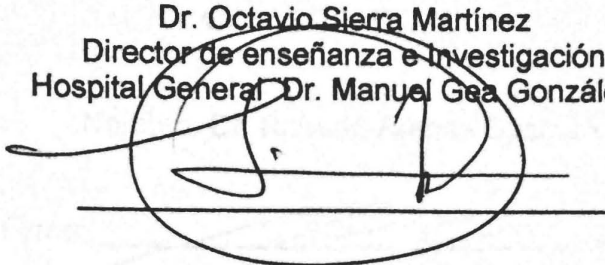


**Tutor principal:**

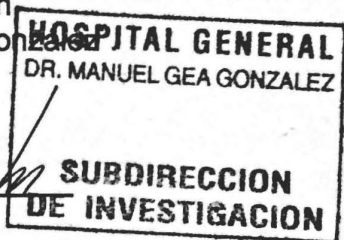
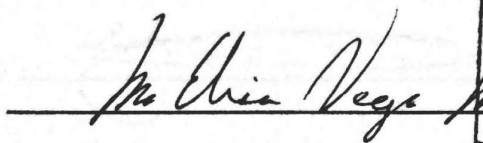
**Dr. Roberto Arenas Gúzman**

## AUTORIZACIONES

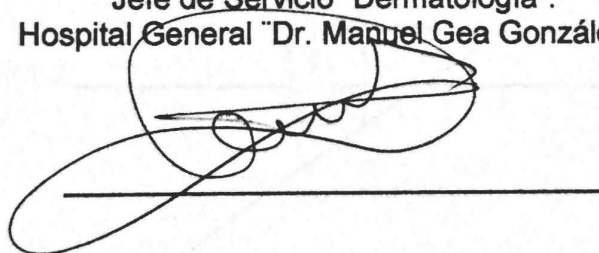
Dr. Octavio Sierra Martínez  
Director de enseñanza e Investigación  
Hospital General "Dr. Manuel Gea González".



Dra. María Elisa Vega Memihe  
Subdirección de Investigación  
Hospital General "Dr. Manuel Gea González".



Dr. Luciano Domínguez Soto  
Jefe de Servicio "Dermatología".  
Hospital General "Dr. Manuel Gea González".



Dr. Roberto Arenas Gúzman  
Médico adscrito y Jefe de servicio de Micología.  
Hospital General "Dr. Manuel Gea González".



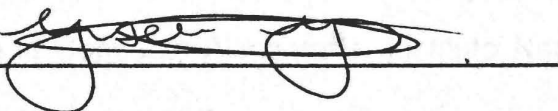
**"Alteraciones mucocutáneas más frecuentes en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria".**

**COLABORADORES:**

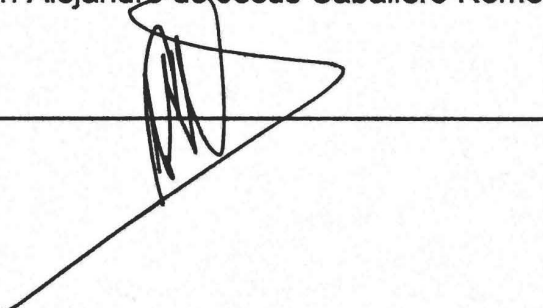
**Nombre: Dr. Roberto Arenas Guzmán.**

Firma: 

**Nombre: Dra. Griselda Galván Sánchez**

Firma: 

**Nombre: Dr. Alejandro de Jesús Caballero Romo**

Firma: 

**“Alteraciones mucocutáneas más frecuentes en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria”.**

“Frequent mucocutaneous manifestations in patients with eating disorders”.

Elizabeth Salazar Rojas<sup>1</sup>, Roberto Arenas<sup>1</sup>, Griselda Galván Sánchez<sup>2</sup>, Alejandro de Jesús Caballero Romo<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Servicio de Dermatología, Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. México, D.F.

<sup>2</sup>Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria, Instituto Nacional Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. México, D.F.

Autor correspondiente:

Elizabeth Salazar Rojas

Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Calz. Tlalpan 4800 Col. Sección XVI

C.P. 14080 México, D.F.

Tel. 4000-3057

email: [elizabethsalazar11@gmail.com](mailto:elizabethsalazar11@gmail.com)

## INDICE

	<b>Página</b>
Resumen _____	8-9
Abstract _____	10-11
Introducción _____	12-14
Materiales y métodos _____	15-16
Resultados _____	17-18
Discusión _____	19-22
Conclusiones _____	23
Anexo 1 (Tablas) _____	24-26
Anexo 2 (Imágenes) _____	27-28
Bibliografía _____	29-30



## RESUMEN

**Antecedentes.** Los principales trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastorno por atracón (TA), evitativo/purgativo (TEP) y no especificado (TANE); afectan principalmente a mujeres adolescentes. Pueden causar manifestaciones mucocutáneas secundarias a la desnutrición, al vómito inducido, al uso de laxantes o diuréticos o a enfermedades psicocutáneas.

**Objetivo.** Describir las alteraciones mucocutáneas más frecuentes en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria de la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

**Métodos.** Estudio descriptivo, observacional, prospectivo y transversal en cincuenta pacientes de la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Se realizó una exploración dermatológica completa y los trastornos psiquiátricos se clasificaron de acuerdo al DMS 5.

**Resultados.** Las manifestaciones más frecuentes fueron el signo de Russell en siete pacientes y la hipertrichosis lanuginosa en diez. De acuerdo a la clasificación de los trastornos alimentarios, en AN fueron acné, hipertrichosis lanuginosa, dermatitis seborreica, opacidad del pelo, xerosis y caries; con BN acné, dermatitis seborreica, caries, opacidad del pelo, xerosis, perimiolisis y fragilidad ungueal; con TEP dermatitis seborreica, acné, xerosis, caries, fragilidad ungueal y onicofagia; con TANE acné, opacidad del pelo, dermatitis seborreica, dermatitis facticia, xerosis, tatuajes/perforaciones y tricotilomanía; con TA acné, opacidad del pelo,

xerosis, perimiolisis y tricotilomanía. El signo de Russell se presentó en siete pacientes. La hipertrichosis lanuginosa se encontró en diez pacientes.

**Conclusiones.** Son frecuentes las alteraciones mucocutáneas en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y secundarias a desnutrición, conductas purgativas, uso de fármacos o a enfermedades psicocutáneas. El signo de Russell es el más importante para reconocer BN y TEP; la hipertrichosis lanuginosa para AN o en pacientes con IMC  $<18 \text{ kg/m}^2$ . No existe una alteración mucocutánea exclusiva o patognomónica. La presencia de hipertrichosis lanuginosa, opacidad del pelo, xerosis, dermatitis facticia, caries cervicales y perimiolisis complementa el diagnóstico de estos trastornos.

Palabras clave: anorexia y bulimia nerviosa, trastorno por atracón, evitativo/restrictivo, cambios mucocutáneos, signo de Russell, hipertrichosis lanuginosa.

## **ABSTRACT**

**Background.** The main food and eating disorders are anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), binge-eating disorder (BED), avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) and unspecified feeding or eating disorder (UFED). These disorders affect mainly female teenagers. Mucocutaneous findings are usually related to malnourishment, self-induced vomiting, misuse of laxatives/diuretics or other psychocutaneous disorders.

**Objective.** To describe frequent mucocutaneous findings in patients with eating disorders from the Alimentary Disorder Clinic at the Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

**Methods.** An observational, descriptive, prospective and transversal study was performed with fifty patients from the Alimentary Disorder Clinic. A clinical dermatological study was performed and classification of psychiatric disorders was carried out according to DMS 5.

**Results.** The most frequent findings were Russell’s sign in seven patients and hypertrichosis lanuginosa in ten. According the classification we observed acne, hypertrichosis lanuginosa, seborrheic dermatitis, opaque hair, xerosis and caries in AN; acne, seborrheic dermatitis, caries, opaque hair, xerosis, perimiolisis, and nail fragility in BN patients. In ARFID, seborrheic dermatitis, acne, xerosis, caries, nail fragility and onychophagia; and acne, opaque hair, seborrheic dermatitis, factitial dermatitis, xerosis, tattoos/piercings and trichotillomania were common in UFED. In BED acne, opaque hair, xerosis, perimiolisis and trichotillomania.

**Conclusion.** Mucocutaneous findings are frequent in patients with alimentary disorders, and related with malnourishment, self-induced vomiting, misuse of

laxatives/diuretics or those due to other psychocutaneous disorders. The Russell's sign is the most important finding in patients with BN or ARFID; hypertrichosis lanuginosa in AN and eating disorders presenting with BMI <18 kg/m<sup>2</sup>. A pathognomonic or exclusive sign was not found. Hypertrichosis lanuginosa, brittle hair, xerosis, dermatitis facticia, cervical caries and perimolysis can help in early diagnosis of these disorders.

Keywords: anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge-eating disorder, avoidant/restrictive food intake disorder, unspecified feeding or eating disorder, dermatologic disorders, nail changes, Russell's sign, hypertrichosis lanuginosa.

## INTRODUCCIÓN

La AN y la BN son trastornos descritos desde finales del siglo XIX<sup>1</sup> y aparecen casos documentados desde el siglo XVII<sup>2</sup>, afectan a millones de personas en todo el mundo. Pueden causar desnutrición, afecciones cardíacas e incluso la muerte. Son difíciles de tratar y en ocasiones, de diagnosticar. La prevalencia de la AN entre la población general varía de 0.5 a 1.5%, mientras que la bulimia alcanza un 3%. La población más vulnerable son las mujeres adolescentes<sup>3</sup>.

La palabra “anorexia” deriva del griego “a” (negación) y “orégo” (apetecer). Richard Morton (1689) fue el primero que hizo una descripción del cuadro de AN<sup>4</sup>. Se refiere siempre a la enfermedad como un “trastorno nervioso”. En 1873, Gull<sup>5</sup>, en Londres, y Lasségue<sup>6</sup>, en Paris, hicieron descripciones completas de los cuadros anoréxicos. Las hipótesis psicológicas que surgieron durante el movimiento psicoanalítico, encabezado por Freud, asocia el trastorno con una forma de neurosis relacionada con la pérdida de la libido, manifestándose en forma de conversión histérica<sup>7</sup>. En 1979, Russell describió acuciosamente a esta enfermedad. Para él, la bulimia sería una variante de la anorexia, y acuña el término de *bulimia nerviosa*<sup>8</sup>.

La palabra bulimia deriva del griego “bous” (buey) y “limos” (hambre), y, literalmente, significa “tener el apetito de un buey”. La BN se presenta con mayor frecuencia en países desarrollados. La BN, al igual que la AN, es más frecuente en mujeres, con una proporción de 10:1. Se inicia en la adolescencia o en el inicio

de la edad adulta. Tiene una prevalencia de 0.2%. Afecta cualquier nivel socioeconómico<sup>9</sup>.

El TA se caracteriza por comer, en un corto periodo de tiempo, una cantidad de comida mayor a la que la mayoría de las personas comerían en un periodo similar bajo las mismas circunstancias, con sensación de falta de control al comer durante el episodio.

Los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria pueden presentar una gran variedad de signos y síntomas. Las complicaciones de la anorexia y bulimia pueden observarse en casi cualquier órgano. Sin embargo, en muchos pacientes se puede encontrar una exploración física completamente normal.

Gupta<sup>10</sup> y otros autores<sup>11</sup>, han clasificado a las manifestaciones cutáneas en los trastornos de la conducta alimentaria, en 4 grupos:

1. *Secundarios a las alteraciones en la dieta o a la falta de ingesta alimentaria:* xerosis, hipertrichosis lanuginosa, fragilidad de pelo y uñas, carotenodermia, edema de miembros inferiores, alopecia, dermatitis, púrpura, anergia cutánea, pelagra, escorbuto, disminución en la densidad ósea.
2. *Secundarios al vómito autoinducido:* signo de Russell (presencia de “callosidades” en los nudillos o el dorso de la mano dominante), gingivitis, caries, perimiolisis, síndrome de Sjögren, enfisema subcutáneo, neumomediastino espontáneo, púrpura facial transitoria, deficiencia de vitamina K.

3. *Secundarios al abuso de laxantes o diuréticos*: eritema pigmentado fijo, fotosensibilidad, síndrome similar a dermatomiositis.
4. *Consecuencias de las asociaciones psicocutáneas*: dermatitis autoinducidas, dermatitis facticia, dermatitis debida al lavado de manos excesivo, acné excoriado, tricotilomanía.

En 2000, Glorio y cols<sup>12</sup> realizaron un estudio en Buenos Aires, Argentina, en el cual determinaron la prevalencia de los hallazgos cutáneos en 200 pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (122 casos de anorexia nerviosa, 62 casos de bulimia nerviosa y 16 casos de TANE). Ellos encontraron que, en los pacientes con BN, los hallazgos cutáneos más frecuentes fueron: xerosis, acné, signo de Russell, carotenodermia, dermatitis seborreica, alopecia, opacidad del pelo, fragilidad ungueal, hipertrichosis lanuginosa, onicofagia y caries. En los pacientes con AN, los hallazgos fueron: xerosis, acné, dermatitis facticia, hipertrichosis lanuginosa, alopecia, fragilidad ungueal, onicofagia y caries. Por último, en el TANE, el hallazgo dermatológico más frecuente fue xerosis.

## **MATERIALES Y MÉTODO.**

Es un estudio descriptivo, observacional, prospectivo, transversal realizado con 50 pacientes de la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” mediante muestreo aleatorio no probabilístico enviados por los médicos psiquiatras de esta clínica. El protocolo fue aprobado por el comité de ética de cada institución. Se incluyeron a los pacientes con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria que aceptaran participar en el estudio previa firma del consentimiento informado. Se les realizó una exploración física dermatológica completa incluyendo piel, pelo, uñas y cavidad oral. Los datos fueron registrados por los investigadores de abril a junio del 2014.

Se dividieron de acuerdo a las clasificaciones de la Sociedad Americana de Psiquiatría y la Organización Mundial de la Salud; correspondientes a la quinta edición del Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM 5)<sup>13</sup> del 2013, y a la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima edición (CIE- 10), respectivamente.

Se clasificaron como: a) Anorexia Nerviosa tipo restrictivo o purgativo (AN) b) Bulimia Nerviosa (BN) c) Trastorno por atracón d) Trastorno evitativo/purgativo (TEP) y e) Trastorno de la conducta alimentario no especificado (TANE). Los



trastornos de la conducta alimentaria como pica y rumiación no son abordados en esta revisión.

El objetivo de este estudio fue describir las alteraciones mucocutáneas más frecuentes en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, que son atendidos en la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

## RESULTADOS

Se evaluaron cincuenta pacientes; 22 con BN (44%), 14 con AN (28%), 7 con TEP (14%), 4 con TANE (8%) y 3 con TA (6%). El 96% (48 pacientes) fueron mujeres y el 4% (2 pacientes) fueron hombres con una relación mujer a hombre de 24:1. El promedio de duración de la enfermedad fue de 65 meses (mínimo de 1 mes y máximo de 216 meses). El promedio de edad global fue de 24 años con rango desde los 13 hasta 55 años. El promedio de edad de los pacientes con BN fue de 26 años, con AN de 23 años, con TEP de 20 años, con TANE de 5 años y con TA de 28 años.

En los pacientes con AN el índice de masa corporal (IMC) promedio fue de 18.2 kg/m<sup>2</sup> (mínimo de 15 kg/m<sup>2</sup> y máximo de 25.5 kg/m<sup>2</sup>) y en los pacientes con BN el IMC promedio fue de 24 kg/m<sup>2</sup> (mínimo de 18 kg/m<sup>2</sup> y máximo de 33.6 kg/m<sup>2</sup>). Las dermatosis y estomatosis encontradas se presentan en la Tabla 1. La clasificación por tipo de dermatosis se presentan en la Tabla 2. No se encontraron dermatosis secundarias al uso de diuréticos/laxantes. El signo de Russell se observó en cinco pacientes, cuatro de ellos con BN y uno con TEP. La hipertrichosis lanuginosa se encontró en diez pacientes, siete de ellos con diagnóstico de AN y de estos, dos presentaron piel marmórea con IMC de 16 y 17 kg/m<sup>2</sup> respectivamente (Fig. 1 y 2).

Otras dermatosis poco frecuentes fueron: dermatitis facticia, tatuajes y perforaciones, carotenemia, piel marmórea, onicofagia, ausencia de piezas dentales, queilitis y atrofia de papilas gustativas. Las dermatosis no relacionadas se enlistan en la Tabla 4.

Las tres pacientes con TA incluidas en este estudio presentaron acantosis nigricans y un IMC de 33, 38 y 40 kg/m<sup>2</sup> respectivamente, además de fibromas blandos, onicocriptosis, caries, tricotilomanía y opacidad del pelo.

Se incluyeron a dos hombres, uno con BN y otro con AN. El primero contaba con diagnóstico de trastorno depresivo mayor y trastorno de identidad de género; las dermatosis que presentó fueron acné, opacidad del pelo y la afección a cavidad oral más severa de entre los 50 pacientes del estudio (múltiples caries cervicales, atrofia de papilas gustativas, perimiolisis y ausencia de múltiples piezas dentales) (Fig. 3). El paciente con AN tenía diagnóstico de desnutrición grado 3 y trastorno de ansiedad generalizada; presentó lanugo, carotenemia, acné y onicomiosis.

En cada grupo, excepto en trastorno por atracón, se encontró al menos un paciente con perforaciones y/o tatuajes (Fig 4). En el 10% (5 de 50 pacientes) se encontraron dermatitis autoinflingidas (heridas o cicatrices lineales en muñecas y muslos) (Fig. 5).

Una paciente de 16 años con BN tiene >100 nevos melanocíticos y un nevo congénito gigante “en bañador”.

Se encontraron 4 pacientes con modificaciones corporales como tatuajes y perforaciones y 3 pacientes con dermatosis autoinflingidas.

## DISCUSIÓN

El promedio de edad global se sitúa en la tercera década de la vida (24 años), entre los 13 y los 55 años. Los promedios de edad por cada grupo fueron 20, 23, 25, 26 y 28 años, correspondientes a TEP, AN, TANE, BN y TA respectivamente. Sin embargo el 48% (24 pacientes) fueron menores de 20 años, lo que está de acuerdo con lo previamente reportado en la literatura. Las características demográficas de estos trastornos, se presenta más en jóvenes y del sexo femenino, en nuestra casuística solamente se incluyeron dos hombres.

Valoramos pacientes de reciente ingreso a la Clínica de Trastornos de Conducta Alimentaria y pacientes de evolución crónica por ello el rango de diagnóstico de la enfermedad es tan amplio desde 1 mes hasta 216 meses, con promedio de 5.4 años.

Las alteraciones dermatológicas más frecuentes en pacientes con AN fueron acné, hipertrichosis lanuginosa, dermatitis seborreica, opacidad del pelo, xerosis y caries. Las lesiones de acné excoriado se reportan en este tipo de pacientes, nosotros sólo tuvimos dos casos. La presencia de hipertrichosis lanuginosa fue mayor a la reportada por Glorio y cols. (50% vs 36%). Nosotros observamos diez pacientes con hipertrichosis lanuginosa con IMC promedio de 17.5 kg/m<sup>2</sup>, de los cuales 7 fueron de este grupo. Las dos pacientes con piel marmórea e hipertrichosis lanuginosa presentaron IMC de 16 y 17 kg/m<sup>2</sup> respectivamente, lo cual probablemente se deba a la disminución del tejido celular subcutáneo como lo describen Strumia y cols<sup>14</sup>.

Las alteraciones dermatológicas más frecuentes en pacientes con BN fueron acné, dermatitis seborreica, caries, opacidad del pelo, xerosis, perimiolisis y fragilidad ungueal. Los diagnósticos son similares a los encontrados en el grupo de AN sin embargo el signo de Russel no se encontró en grupos donde no se lleva a cabo la práctica purgativa. Este signo se encontró en 4 pacientes (18%). Como se muestra en la figura 2, se observa este signo y el dedo que se utiliza para inducir el vómito tiene la uña corta probablemente para no lastimar la cavidad oral.

Los hallazgos más frecuentes en pacientes con TEP fueron dermatitis seborreica, acné, xerosis, caries, fragilidad ungueal y onicofagia. Un paciente en esta clasificación también presentó signo de Russell, seguramente debido a que estos pacientes también presentan conductas purgativas como autoinducción del vómito.

Los hallazgos más frecuentes en pacientes con TANE fueron acné, opacidad del pelo, dermatitis seborreica, dermatitis facticia, xerosis, tatuajes y perforaciones y tricotilomanía. Los hallazgos más frecuentes en pacientes con TA fueron acné, opacidad del pelo, xerosis, perimiolisis y tricotilomanía (Fig. 6).

El acné se ha descrito frecuentemente en todos los pacientes con TCA, pero aparentemente su relación es por el grupo de edad al que pertenecen lo mismo que sucede con la dermatitis seborreica.

Los cambios en la piel y sus anexos como xerosis, fragilidad ungueal, efluvio telógeno y opacidad del pelo tienen una estrecha relación con el grado de desnutrición y por eso los encontramos en pacientes con TCA.

Se incluyeron tres mujeres de una familia; dos de ellas (madre e hija) con diagnóstico de trastorno por atracón y una con anorexia nerviosa (hija). Las tres pacientes con TA incluidas en este estudio presentaron acantosis nigricans y un IMC de 33, 38 y 40 kg/m<sup>2</sup> respectivamente, esto fue un hallazgo asociado a diferentes grados de obesidad. Los TCA no siempre se presentan con peso bajo y datos de desnutrición; un IMC alto y las dermatosis que presentaron estas mismas pacientes como caries, fibromas blandos, tricotilomanía y opacidad del pelo, pueden orientar al clínico al trastorno de la conducta alimentaria correspondiente.

A pesar de lo reportado por Strumia y cols., en donde no se encontraron alteraciones dermatológicas específicas sugestivas de trastornos de la conducta alimentaria en hombres, nosotros encontramos en los dos pacientes incluidos, datos clínicos como lanugo y afección en la cavidad oral asociada a conductas purgativas que sugieren el diagnóstico psiquiátrico.

Respecto a la paciente con nevo congénito gigante; entre los desencadenantes del trastorno de la conducta alimentaria (bulimia nerviosa) en este caso en particular, se encuentra esta dermatosis, por lo que es importante como dermatólogos la identificación y referencia de este tipo de pacientes para

diagnóstico oportuno de enfermedad psiquiátrica. Se refirió a un servicio de Dermatología para seguimiento de los nevos.

No se encontraron dermatosis reportadas por otros autores (Gupta) como las secundarias al uso de diuréticos y/o laxantes (púrpura, eritema pigmentado fijo) u otras como deficiencia vitamina K, edema, pelagra o escorbuto.

## **CONCLUSIÓN**

Son muy frecuentes las alteraciones mucocutáneas en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria secundarias tanto a desnutrición, a conductas purgativas, al uso de fármacos o a las enfermedades psicocutáneas son muy frecuentes. El signo de Russell es el hallazgo más importante para reconocer bulimia y trastorno evitativo/purgativo; la hipertrichosis lanuginosa lo es para anorexia nerviosa o patologías en pacientes de bajo peso con IMC <18 kg/m<sup>2</sup>. Los hallazgos mucocutáneos predominan hacia el grupo de anorexia o bulimia nerviosa, dependiendo de las prácticas evitativas o purgativas que presenten.

Concordamos con otros autores, en que no existe un hallazgo cutáneo que sea exclusivo o patognomónico. Sin embargo, la presencia de las diversas dermatosis descritas pueden ayudar a realizar un diagnóstico temprano de estas enfermedades psiquiátricas.

Conflictos de interés: ninguno.



	<b>BN</b>	<b>AN</b>	<b>TEP</b>	<b>TANE</b>	<b>TA</b>
<b>Acné</b>	68% (15/22)	71% (10/14)	57%(4/7)	75% (3/4)	100% (3/3)
<b>Hipertrichosis lanuginosa</b>	9% (2/22)	50% (7/14)	14% (1/7)	-	-
<b>Opacidad del pelo</b>	41% (9/22)	36% (5/14)	14% (1/7)	50 % (2/4)	67% (2/3)
<b>Dermatitis seborreica</b>	59% (13/22)	57% (8/14)	86% (6/7)	25% (1/4)	67% (2/3)
<b>Dermatitis facticia</b>	14% (3/22)	-	14% (1/7)	25% (1/4)	-
<b>Xerosis</b>	27% (6/22)	36% (5/14)	43% (3/7)	25% (1/4)	33% (1/3)
<b>Fragilidad ungueal</b>	18% (4/22)	7% (1/14)	29% (2/7)	-	-
<b>Tatuajes/ Perforaciones</b>	5% (1/22)	7% (1/14)	14% (1/7)	25% (1/4)	-
<b>Onicofagia</b>	9% (2/22)	14% (2/14)	29% (2/7)	-	-
<b>Signo de Russell</b>	18% (4/22)	-	14% (1/7)	-	-
<b>Efluvio telógeno</b>	9% (2/22)	14% (2/14)	14% (1/7)	-	-
<b>Tricotilomanía</b>	14% (3/22)	-	14% (1/7)	25% (1/4)	-
<b>Caries</b>	59% (13/22)	50% (7/14)	42% (3/7)	14% (1/7)	29% (2/7)
<b>Ausencia piezas dentales</b>	14 % (3/22)	-	-	-	-
<b>Perimiolisis</b>	18% (4/22)	21% (3/14)	14% (1/7)	-	43% (3/7)
<b>Queilitis</b>	-	14% (2/14)	-	-	-
<b>Atrofia papilas gustativas</b>	14% (3/22)	7% (1/14)	14% (1/7)	-	-
<b>Otros</b>	95% (21/22)	43% (6/14)	71% (5/7)	50% (2)	100% (3/3)

**Tabla 1.** Dermatitis y estomatosis. BN Bulimia nerviosa, AN Anorexia nerviosa, TEP Trastorno evitativo/purgativo, TANE Trastorno de alimentación no especificado y TA Trastorno por atracón.

	<b>Anorexia Nerviosa</b>	<b>Bulimia nerviosa</b>
<b>Alteraciones en la dieta o a la falta de ingesta alimentaria</b>	Hipertrichosis lanuginosa Opacidad del pelo Efluvio telógeno Xerosis Piel marmórea Carotenodermia Fragilidad ungueal	Opacidad del pelo Xerosis Fragilidad ungueal
<b>Vómito autoinducido</b>	Caries	Perimiolisis Signo de Russell Queilitis angular Ausencia piezas dentarias
<b>Abuso de laxantes/diuréticos</b>	-	-
<b>Asociaciones psicocutáneas</b>	Dermatitis por contacto (lavado manos excesivo) Onicofagia Tatuajes/Perforaciones	Dermatitis autoinflingida Dermatitis facticia (acné excoriado, excoriaciones neuróticas) Tatuajes/Perforaciones Tricotilomanía Onicofagia

**Tabla 2.** Clasificación de las manifestaciones cutáneas en anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN).

	<b>T. evitativo/purgativo</b>	<b>T. alimentario no especificado</b>	<b>T. atracón</b>
<b>Alteraciones en la dieta o falta de ingesta alimentaria</b>	Efluvio telógeno Fragilidad ungueal Onicosquisis Opacidad pelo Xerosis Lanugo	Xerosis	Opacidad pelo
<b>Vómito autoinducido</b>	Signo de Russell Caries	-	Caries
<b>Abuso de laxantes/diuréticos</b>	-	-	-
<b>Asociaciones psicocutáneas</b>	Tricotilomanía Onicofagia Tatuajes/Perforaciones	Dermatitis facticia (acné excoriado, excoriaciones neuróticas) Onicofagia Tatuajes/Perforaciones	Dermatitis facticia (acné excoriado, excoriaciones neuróticas) Tricotilomanía Onicofagia

**Tabla 3.** Clasificación de las manifestaciones cutáneas en trastorno evitativo/purgativo (TEP), trastorno alimentario no especificado (TANE) y trastorno por atracón (TA).

Melasma Fibromas blandos Acantosis nigricans Prurigo por insectos Pezones supernumerarios Pitiriasis versicolor Queratosis pilar Nevo displásico Nevo congénito gigante “en bañador” Cicatrices Estrías	Lengua geográfica Dientes supernumerarios Onicocriptosis Onicomiosis Fibroma periungueal Bromhidrosis Hiperhidrosis Alopecia androgenética
---	---

**Tabla 4.** Manifestaciones cutáneas no relacionadas

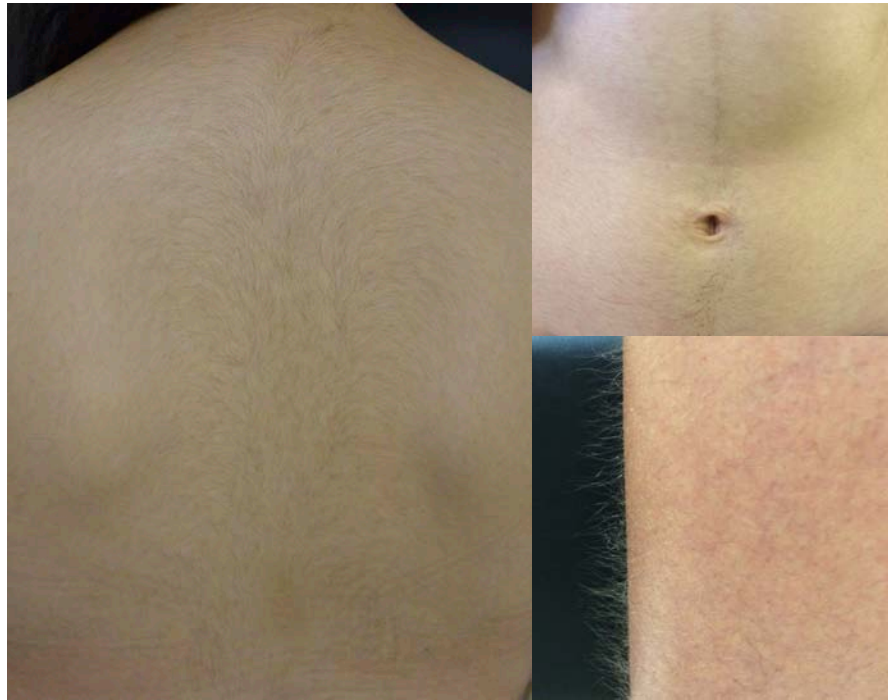


Fig. 1. Hipertricosis lanuginosa en espalda, abdomen y piernas sobre una piel marmórea

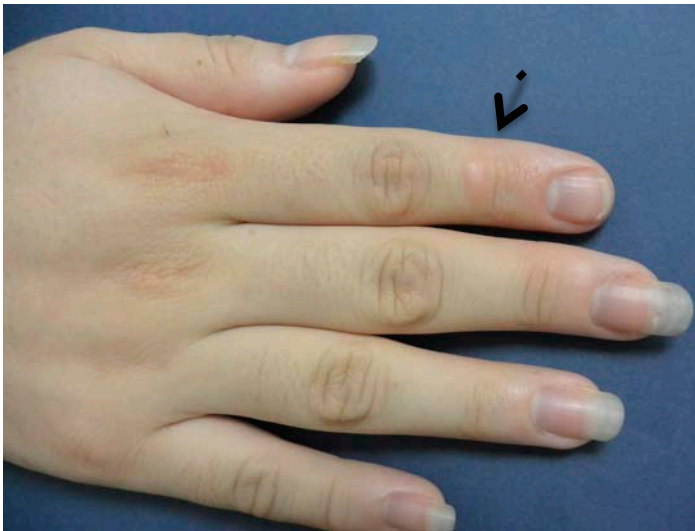


Fig. 2. Signo de Russell (flecha).



Fig. 3 Caries cervicales



Fig 4. Tatuaje y acné inflamatorio en espalda.



Fig. 5. Dermatitis autoinflingida. (misma paciente con signo de Russell)



Fig. 6. Tricotilomanía y dermatitis seborreica

## BIBLIOGRAFIA

---

- <sup>1</sup> Antebi D.G., Laségue C.: La nueva mirada. En Goldman B. R. Anorexia y bulimia: un nuevo padecer. 2ª ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2000: 13-22.
- <sup>2</sup> Costin C. Anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación. Diagnóstico, tratamiento y prevención de los trastornos alimenticios. México, DF: Ed. Diana; 2002: 25, 26, 20, 21, 27.
- <sup>3</sup> González-Macías U, Caballero C. Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. Salud Mental 2003; Vol. 26, (3): 2,4.
- <sup>4</sup> Turón Gil VJ. Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Barcelona: Masson; 1997. p.p. 2-27.
- <sup>5</sup> Gull WW. Anorexia hysterica (Apepsia hysterica). Br Med J. 1873;2:527-8.
- <sup>6</sup> Lasségue C. De l'anorexie histérique. Arch Gen Med. 1873;21:385-403.
- <sup>7</sup> Freud S. Tres ensayos sobre la teoría de la sexualidad. En: Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva; 1968. 109-210.
- <sup>8</sup> Russell GMF. Bulimia nervosa an ominous variant of anorexia nervosa. Psychol Med. 1979;9:429-48.
- <sup>9</sup> Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Linna MS, Raevuori A, Shivola E, Bulik CM, y cols. Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. Psychol Med. 2008;8:1-9.
- <sup>10</sup> Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF. Dermatologic signs in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Arch Dermatol 1987;123:1386-90.

---

<sup>11</sup> Siddiqui A, Ramsay B, Leonard J. The cutaneous signs of eating disorders. *Acta Derm Venereol (Stockh)*. 1994;74:68-9.

<sup>12</sup> Glorio R, Allevato M, De Pablo A, Abbruzzese M, Carmona L, Savarin M, Ibarra M, Busso C, Mordoh A, Llopis C, Haas R, Bello M, Woscoff A. Prevalence of cutaneous manifestations in 200 patients with eating disorders. *Int J Dermatol*. 2000 May;39(5):348-53.

<sup>13</sup> American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013;329-338.

<sup>14</sup> Strumia R, Manzato, E, Gualandi, M. Cutaneous Manifestations in Male Anorexia Nervosa: Four Cases. *Acta Derm Venereol*. 2003;83(6): 464-465.