

Miedo al atragantamiento («choking phobia») en el diagnóstico diferencial de los trastornos de la conducta alimentaria

J.M. Moreno Villares, L. Oliveros Leal, M. Rodrigo Alfageme¹

Unidad de Nutrición Clínica. ¹Unidad de Psiquiatría Infantil. Hospital Universitario «12 de Octubre». Madrid

Resumen

Introducción: El «miedo al atragantamiento» se caracteriza por el temor y la aversión a ingerir alimentos sólidos, e incluso, en ocasiones, líquidos y medicamentos. Estas características, junto con la pérdida de peso y la frecuencia de síntomas obsesivo-compulsivos, hacen pensar a veces en una anorexia nerviosa.

Material y métodos: Estudio descriptivo longitudinal de una serie de 6 pacientes (4 niños y 2 niñas) diagnosticados de miedo al atragantamiento en los últimos 5 años.

Resultados: La edad media en la primera visita fue de 9,9 años (rango de 5-16 años) y el tiempo de evolución desde el inicio del cuadro de 1,7 meses (desviación estándar [DE]: 1,0 meses). Los niños habían perdido como promedio un 13% del peso inicial, situándose su peso en el momento del diagnóstico en una puntuación Z media de -1,19 (DE: 0,72). Tras el diagnóstico, todos los niños recibieron terapia cognitivo-conductual (TCC), asociada a farmacoterapia en 5 pacientes. Precisaron suplementación de la dieta con una fórmula hipercalórica 4 pacientes (300-900 kcal/día) durante un periodo medio de 2 meses. Todos los casos evolucionaron favorablemente, con normalización de la ingesta y recuperación ponderal tras un periodo medio de 5,6 meses (DE: 2,5).

Conclusiones: 1. Aunque los datos clínicos de presentación pueden hacer pensar en una anorexia nerviosa de comienzo precoz, en estos pacientes no existe distorsión de la imagen corporal ni temor a la ganancia de peso. 2. El inicio de la sintomatología fue precedido por un episodio estresante y en algún caso se vio favorecido por una personalidad prepatológica. 3. El cuadro se acompaña frecuentemente de una pérdida importante de peso (entre el 7 y el 20% del peso inicial). 4. El éxito del tratamiento se basa en la colaboración entre los psiquiatras y el equipo de soporte nutricional.

Palabras clave

Fobia, atragantamiento, anorexia nerviosa, deglución, niño, adolescente

Abstract

Title: Choking phobia in the differential diagnosis of eating disorders

Background: Choking phobia is characterized by a fear and avoidance of swallowing solid food and, on occasion, even liquids or pills. These characteristics, when added to the weight loss and the frequent association of obsessive-compulsive symptoms, are suggestive of an eating disorder.

Methods: The records of 6 children and adolescents (4 boys and 2 girls) who had been diagnosed as having choking phobia over the preceding five years were reviewed for inclusion in a longitudinal, descriptive study. The data are presented as the mean and standard deviation (SD).

Results: The mean age at the time of the first visit was 9.9 years (range 5 to 16 y). The mean time between the first symptoms and diagnosis was 1.7 months (SD: 1.0 mo). On average, the patients lost 13% of their initial weight. The Z score for weight was -1.19 (SD: 0.72). All of them received cognitive-behavioural therapy and, except in one case, they also received drugs. Four children had their diet supplemented with a hypercaloric enteral formula (300-900 kcal/day) for 2 months. Complete remission was achieved in every case, weight restoration took a mean period of 5.6 months (SD: 2.5 mo).

Conclusions: Although the differential diagnosis should include early onset anorexia nervosa, there is no body image distortion or fear of gaining weight. The episode started after a stressful situation, generally related to food. It was accompanied by a weight loss of 7% to 20% of initial weight. The combination of cognitive-behavioural therapy plus drugs and nutritional assessment obtained good results in this young population.

Keywords

Phobia, choking, swallowing, eating disorder, child, adolescent

Introducción

La fobia al atragantamiento se define como un miedo intenso a ahogarse al tragar comida, bebidas o pastillas¹. A pesar de que los primeros casos descritos se remontan a la década de 1940, se desconoce su prevalencia, aunque se estima que podría tra-

tarse de un problema bastante frecuente. Las descripciones clínicas publicadas sólo recogen pequeñas series de casos²⁻⁶.

Este trastorno no tiene entidad diagnóstica propia y se lo engloba dentro de las fobias específicas marginales. Puede asociarse a complicaciones físicas (como deshidratación y pér-

dida de peso) o psiquiátricas importantes, por lo que es clave el diagnóstico y la intervención precoces.

Por otra parte, tanto por su edad de presentación como por algunos de sus rasgos clínicos, como la pérdida de peso o la evitación de la comida, puede hacernos pensar en una anorexia nerviosa de inicio precoz.

Por este motivo, consideramos de interés comunicar nuestra experiencia con una serie de 6 pacientes pediátricos diagnosticados de este trastorno en los últimos 5 años.

Pacientes y métodos

Se trata de un estudio longitudinal retrospectivo de todos los enfermos con un trastorno de miedo al atragantamiento diagnosticados desde el año 2000 en el Hospital Universitario «12 de Octubre». Seis pacientes (4 niños y 2 niñas) cumplieron los criterios diagnósticos de este trastorno y fueron evaluados y seguidos conjuntamente por la Unidad de Psiquiatría Infantil y la Unidad de Nutrición de nuestro centro. La pérdida de peso se cuantificó por porcentaje de pérdida respecto al peso inicial y como puntuación Z, siendo el valor Z el resultado del cociente: peso actual – mediana del peso/desviación estándar del peso.

Resultados

La edad media en la primera visita fue de 9,9 años (rango: 5-16 años) y el tiempo de evolución desde el inicio del cuadro de 1,7 meses (DE: 1,0 meses). Los niños habían perdido como promedio un 13% del peso inicial, situándose su peso en el momento del diagnóstico en una puntuación Z media de -1,19 (DE: 0,72). El desencadenante fue un atragantamiento en cuatro ocasiones, una intervención traumática de adenoides en un niño y una noticia de atragantamiento visto en televisión en otro niño (tabla 1). Ninguno de los pacientes presentaba antecedentes de enfermedad psiquiátrica previa. Al episodio desencadenante le siguió una restricción importante de la comida, e incluso de la bebida, como revela el dibujo de uno de los pacientes (figuras 1 y 2). En ninguno de los casos se presentó deshidratación ni fue necesaria la administración de fluidoterapia intravenosa. Sólo uno de los niños, en quien el episodio se produjo tras un atragantamiento con pipas, requirió hospitalización; había perdido un 13% de su peso inicial en 17 días.

Tras el diagnóstico, todos los niños recibieron TCC, asociada a farmacoterapia en 5 pacientes (fluoxetina en 4, paroxetina en 1).

Cuatro pacientes precisaron suplementación de la dieta con una fórmula polimérica pediátrica hipercalórica, que proporcionaba entre 300 y 900 kcal/día. El promedio de duración de la necesidad del suplemento en la dieta fue de 2 meses. En ningún caso fue necesaria la colocación de una sonda de alimentación.

Todos los niños evolucionaron favorablemente, con normalización de la ingesta y recuperación ponderal tras un periodo medio de 5,6 meses (DE: 2,5 meses). La duración media del tratamiento farmacológico fue de 7 meses (DE: 3,7 meses). Uno de los niños sufrió una recaída leve al año del diagnóstico, que evolucionó favorablemente sin medicación.

Discusión

El miedo al atragantamiento o fobia a tragar se ha descrito en todas las edades, a diferencia de otras fobias⁷, aunque en el caso de los niños se da generalmente en la etapa de latencia o de inicio de la adolescencia (8-15 años). Se desconoce su prevalencia, pero parece que es más frecuente de lo referido habitualmente en la bibliografía, como demuestran dos publicaciones recientes en español: una de ellas recoge 13 casos en niños y adolescentes y 28 en adultos⁶, mientras que la publicación más reciente da constancia de 14 pacientes pediátricos⁸.

Se ha especulado que la aparición del trastorno la desencadenaría un suceso traumático de atragantamiento, tras el cual

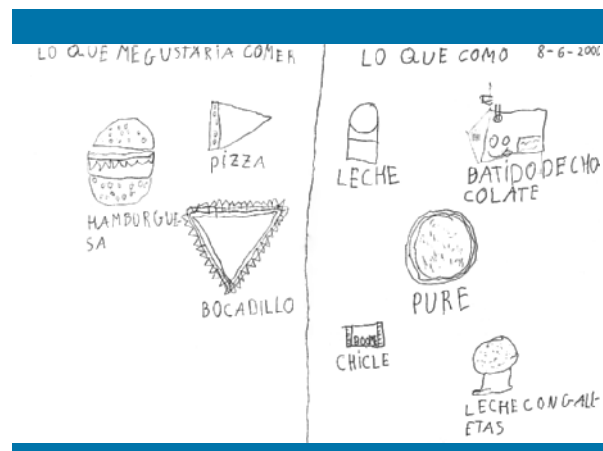


Figura 1. Dibujo de uno de los pacientes con miedo al atragantamiento, donde representa sus dificultades con los alimentos

TABLA 1

Características clínicas de los pacientes

Paciente	Sexo	Edad 1.ª visita (años)	Desencadenante	Pérdida de peso (%)	Duración del tratamiento
1	F	12	Atragantamiento con carne	No	3 meses
2	M	9,5	Atragantamiento con carne	7	12 meses
3	F	5,5	Adenoidectomía traumática	No	2 años
4	F	8	Noticia de atragantamiento en TV	20	6 meses
5	F	16	Atragantamiento con jamón	11	6 meses
6	M	8	Atragantamiento con pipas	14	7 meses



Figura 2. Dibujo del mismo paciente, donde muestra sus avances

se desarrollaría el miedo a tragar y a atragantarse durante la ingestión. Sin embargo, también otros factores estresantes pueden desencadenar el trastorno¹, como ocurrió en dos de los pacientes de nuestra serie. A diferencia de otras series⁶, nosotros no hemos observado la presencia de factores estresantes vitales, ni en el núcleo familiar ni en el ámbito escolar.

Aunque el síntoma más manifiesto es el miedo a tragar, éste puede acompañarse de otros síntomas, como la sensación de cuerpo extraño o la presencia de regurgitaciones, que a menudo llevan a la realización de pruebas diagnósticas más o menos cruentas. En tres de nuestros pacientes se realizaron pruebas de imagen (tránsito baritado) y en dos de ellos, además, una endoscopia digestiva superior.

El tiempo de evolución de la fobia antes de que el paciente acudiese a la consulta fue breve (1,7 meses), lo que puede explicarse por la intensidad de los síntomas y la importante repercusión sobre el peso en un periodo corto de tiempo. Los pacientes de nuestra serie habían perdido un 13% del peso inicial, con repercusión importante sobre el crecimiento ponderal (puntuación Z para el peso: -1,19). Estos datos sitúan a esta población en un riesgo de malnutrición entre moderado y grave⁹.

Es muy importante excluir inicialmente patologías orgánicas que pudieran producir los síntomas. En la mayoría de las ocasiones, la anamnesis es suficiente. Si tuviesen que realizarse exploraciones complementarias, es preferible decantarse por las de mayor rendimiento y menor agresividad antes de recurrir a una batería de pruebas (pHmetría, manometría esofágica, esofagogastroscoopia, etc.). Por la edad de presentación, el rechazo de la ingesta y la pérdida de peso, hay que pensar también en los trastornos de la conducta alimentaria^{10,11}. La inexistencia de distorsión de la imagen corporal y la ausencia de temor a recuperar peso confieren al trastorno unos rasgos diferenciales respecto a la anorexia nerviosa⁶.

Ninguno de los niños diagnosticados de fobia a la ingestión había recibido ningún tratamiento antes de acudir a la consulta, lo que resulta coherente con la evolución corta desde el momento de la presentación.

La evolución del trastorno es favorable y en la mayoría de las ocasiones se resuelve tras un periodo corto de seguimiento. En todos los pacientes que lo precisaron, el suplemento calórico por

vía enteral pudo suspenderse antes de los 3 meses de seguimiento. El tratamiento psiquiátrico se basa en la TCC^{3,12,13}, sola o asociada a fármacos. Se ha descrito la eficacia del tratamiento con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina en dosis bajas¹⁴. En cinco de los pacientes de nuestra serie se asoció a la TCC un inhibidor de la recaptación de serotonina (fluoxetina), a veces en combinación con una benzodiacepina.

Como comentábamos antes, la afectación ponderal situó a los pacientes en un riesgo de desnutrición elevado, por lo que la intervención nutricional constituyó un buen apoyo para el tratamiento psiquiátrico. Se utilizaron consejos dietéticos en todos los niños, y en cuatro de ellos se asoció a suplementación por vía oral con una fórmula polimérica pediátrica hipercalórica.

Conclusión

En la génesis de este trastorno suele haber un episodio de atragantamiento o una circunstancia desagradable durante la ingestión. En el caso de los niños, acuden a la consulta especializada al cabo de un periodo corto de tiempo tras el inicio de la enfermedad y suelen mejorar pronto. El tratamiento consiste en TCC asociada a un soporte nutricional y, con frecuencia, al uso de fármacos. ■

Bibliografía

1. McNally RJ. Choking phobia: a review of the literature. *Comprehensive Psychiatry*. 1994; 35: 83-89.
2. Bailly D, De Choluy de Lenclave MB, Dhaussy S, Baert F, Turck D. Choking phobia in childhood: a differential diagnosis with anorexia nervosa. *Arch Pediatr*. 2003; 10: 337-339.
3. Ball SG, Otto MW. Cognitive-behavioural treatment of choking phobia: 3 case studies. *Psychother Psychosom*. 1994; 62: 207-211.
4. Chatoor I, Conley C, Dickson L. Food refusal after an incident of choking: a post-traumatic eating disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1988; 27: 105-110.
5. Greemberg DB, Stern TA, Weillburg JB. The fear of choking: three successfully treated cases. *Psychosomatics*. 1988; 29: 126-129.
6. De Lucas Taracena MT, Montañés Rada F. Fobia a atragantarse en la infancia y adolescencia. *Rev Esp Psiquiatr Inf-Juv*. 2005; 3: 92-101.
7. Öst LG. Age of onset in different phobias. *J Abnorm Psych*. 1987; 96: 223-225.
8. Ochando G, Millán M, Peris S, Pereda A, Loño J. Disfagia o miedo a tragar, ¿patología orgánica o psicopatológica? *Pediatrka*. 2006; 26: 75-76.
9. Martínez Costa C, Sierra C, Pedrón Giner C, Moreno Villares JM, Lama R, Codoceo R. Nutrición enteral y parenteral en pediatría. *An Esp Pediatr*. 2000; 52 Supl 3: 1-33.
10. Barofsky I, Fontaine KR. Do psychogenic dysphagia patients have an eating disorder? *Dysphagia*. 1998; 13: 24-27.
11. De Lucas-Taracena MT, Ibarra I. Swallowing phobia: a case report. *Act Esp Psychiatr*. 2001; 29: 411-413.
12. Chorpita BF, Vitali AE, Barlow DH. Behavioural treatment of choking phobia in an adolescent: an experimental analysis. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1997; 28: 307-315.
13. Singer LT, Ambuel B, Wade S, Jaffe AC. Cognitive-behavioural treatment of health-impairing food phobias in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992; 31: 847-852.
14. Banerjee SP, Bhandari RP, Rosenberg DR. Use of low-dose selective serotonin reuptake inhibitors for severe, refractory choking phobia in childhood. *J Dev Behav Pediatr*. 2005; 26: 123-127.