

## Caso clínico

# Miedo al atragantamiento: ¿trastorno alimentario o fobia específica?

C. GARCÍA DE RIBERA<sup>1</sup>, J.M. MARUGÁN DE MIGUELSANZ<sup>1</sup>, S. GEIJO URIBE<sup>2</sup>, C. IMAZ RONCERO<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. <sup>2</sup>Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

### RESUMEN

Los desórdenes alimentarios constituyen un problema frecuente en la edad pediátrica. Los más conocidos son los clásicos trastornos de la conducta alimentaria (TCA), en especial, la anorexia nerviosa (AN). Sin embargo, existen otras patologías con sintomatología muy similar que deben considerarse en el diagnóstico diferencial, como el miedo al atragantamiento o "choking phobia", menos conocida, pese al aumento progresivo de su prevalencia. Los pacientes presentan un intenso miedo a atragantarse, evitando ingerir alimentos sólidos, bebidas o pastillas, en ausencia de patología orgánica subyacente. El tratamiento precoz es fundamental para que tenga lugar una buena evolución; de ahí la importancia de establecer un diagnóstico correcto lo más pronto posible. Presentamos dos casos clínicos de niños diagnosticados de miedo al atragantamiento, desencadenada por un suceso traumático, que ingresaron en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**Palabras clave:** Anorexia; Fobia al atragantamiento; Niños; Trastornos de la deglución.

### ABSTRACT

Eating disorders represent some of the most common problem behaviours in children. The best known are the

classic eating disorders, especially, the anorexia nervosa (AN). Nevertheless, we can make differential diagnosis with other pathologies who present similar symptomatology, as the fear of choking or "choking phobia", less known and with still confused diagnostic criteria, in spite of the progressive increase of its prevalence. The patients present an intense fear of choking, they avoid to consume solid food, drinks or tablets, in absence of organic medical problem. The early treatment is fundamental in order to obtain a good evolution, therefore it is important to establish an accurate diagnosis as soon as possible. We describe two cases of children with fear of choking, triggered by a traumatic event, who were admitted to the Unit of Infanto-juvenile Psychiatry of the Clinical University Hospital of Valladolid.

**Key words:** Anorexia; Choking Phobia; Children; Deglutition disorders.

### INTRODUCCIÓN

La fobia al atragantamiento o "choking phobia" se define como un intenso miedo a atragantarse, evitando ingerir alimentos sólidos, bebidas o pastillas, en ausencia de patología orgánica subyacente<sup>(1)</sup>. El DSM-IV-TR clasifica las fobias como trastornos de ansiedad, englobando el miedo al atragantamiento dentro de las fobias específicas. Y no debe confundirse con la anorexia nerviosa<sup>(2)</sup>, ni tampoco con aquellos casos en los que existe una incapacidad

*Correspondencia:* Dra. Cristina García de Ribera, Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Ramón y Cajal, 3. 47005 Valladolid.

*Correo electrónico:* cristinaderibera@hotmail.com

*El trabajo ha sido expuesto parcialmente como comunicación oral en la Reunión de Primavera de la SCCALP de 2008.*

© 2010 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León

Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

persistente para comer adecuadamente, puesto de manifiesto por una incapacidad significativa para ganar peso o por una pérdida de peso significativa durante por lo menos 1 mes, y que puede englobarse dentro de los trastornos de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez (F98.2 CIE 10). El tratamiento precoz es fundamental para que tenga lugar una buena evolución; de ahí la importancia de establecer un diagnóstico correcto lo más pronto posible.

### CASO CLÍNICO 1

Niña de ocho años, sin antecedentes patológicos de interés, salvo taquipnea transitoria neonatal. Desde hace aproximadamente un año, tras un episodio de atragantamiento con cereales, dejó de ingerir alimentos sólidos, con ingesta exclusiva de líquidos por dudosa disfagia, con repercusión ponderal progresiva. Es remitida sucesivamente a las consultas de ORL y digestivo, descartando causa orgánica, con una analítica, estudio inmunológico, examen ORL y endoscopia digestiva alta normales. Tras una leve aparente mejoría, presenta un episodio de faringitis con odinofagia, con el que sufre una agudización del cuadro, con restricción alimentaria y astenia progresiva, lo que motiva consulta e ingreso en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Se instaura dieta blanda y medidas conductuales. Se involucra a la familia, que ponía de manifiesto gran angustia por la sintomatología, dedicándole excesiva atención durante las comidas. No precisa tomar ningún tipo de tratamiento psicofarmacológico. Durante los veinte días de ingreso se observa progresiva normalización clínica. Es revisada mensualmente en la consulta de Paidopsiquiatría, durante tres meses, dándose de alta, sin recidiva del cuadro en el último año.

### CASO CLÍNICO 2

Niña de cinco años, sin antecedentes patológicos de interés, salvo hiperbilirrubinemia neonatal tratada con fototerapia. Como antecedentes familiares destacaban una bulimia nerviosa en la madre y tratamiento psiquiátrico no especificado en la abuela paterna. A raíz de oír comentar cómo una prima suya había sufrido un episodio de atragantamiento, empezó a disminuir la ingesta alimentaria por temor a ahogarse. La reducción de la ingesta llegó a ser completa los dos días previos. Los padres habían intentado todo tipo de estrategias para evitarlo, sin resultado.

Ingresó en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil a los cinco días del inicio del cuadro; se realiza analítica sanguínea y de orina, sin hallazgos patológicos. Al principio, muestra una actitud hostil, consiguiendo paulatinamente una mayor colaboración en la relación terapéutica. Su miedo cede poco a poco, con gran satisfacción personal por la evolución. Permanece ingresada durante quince días, realizando tratamiento con ansiolíticos la última semana. Al alta se aconseja a la familia siete días más de medicación y se les recomienda mantener una actitud neutra que no favorezca la angustia a la hora de las comidas. Al mes del ingreso es revisada una vez en la consulta de Paidopsiquiatría, con remisión de la sintomatología, decidiéndose el alta definitiva.

### DISCUSIÓN

No hay datos epidemiológicos de *choking phobia*, ya que en la literatura solo se recogen series de casos<sup>(3,4)</sup>. Sin embargo, se estima que su prevalencia está aumentando, ya que aparecen mayor número de publicaciones en los últimos años<sup>(5)</sup>.

En niños aparece de modo muy similar a la anorexia nerviosa, siendo más frecuente su debut en torno a la adolescencia, y en mujeres. A diferencia de esta, los pacientes temen el acto de comer, no sus consecuencias. Además, la percepción de la imagen corporal no aparece distorsionada y cooperan bien a la hora del tratamiento, a diferencia de los afectados de trastornos de la conducta alimentaria. En el diagnóstico diferencial hay que descartar en primer lugar, posible patología orgánica subyacente y considerar otras entidades, como la disfagia funcional, que consiste en una incapacidad solo para el acto de tragar. Esta última podría considerarse dentro del mismo espectro de la enfermedad, pero con una sintomatología mucho más leve, ya que los pacientes suelen ser capaces de tomar líquidos, evitando únicamente los sólidos<sup>(6,7)</sup>.

El desencadenante del proceso suele ser un episodio traumático de atragantamiento, generalmente con un alimento, aunque también se ha descrito secundaria a un factor estresante vital, o a haber presenciado o tenido noticia de un atragantamiento en otra persona<sup>(8)</sup>, como ocurre en nuestro segundo caso.

El tiempo de evolución de la fobia hasta acudir a consulta suele ser muy variable, como vemos en la diferencia que existe entre nuestros dos pacientes, pudiendo prolongarse varios años, aunque en niños, en general, es mucho más breve que en adultos.

Es muy frecuente la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, aunque no sea lo característico de esta patología. Pocas investigaciones señalan antecedentes familiares, como podemos comprobar que existen en nuestro segundo caso, y por eso el diagnóstico en esta paciente fue inicialmente más complicado.

La evolución es favorable, siendo mejor cuanto más precozmente se instaure el tratamiento. Este es fundamentalmente psicológico, utilizándose la terapia cognitivo-conductual<sup>(9,10)</sup>, como en los casos expuestos, y que incluye en los casos graves la separación del medio familiar por la sobreprotección y ansiedad que existe con frecuencia en el mismo. En ocasiones, al tratamiento psicoterapéutico se le asocian fármacos, siendo los más utilizados las benzodiacepinas y los antidepresivos. En los casos graves es necesario instaurar paralelamente un soporte nutricional con un suplemento hipercalórico, siendo excepcional tener que recurrir a la nutrición enteral en las primeras fases.

Creemos que es fundamental el conocimiento de este cuadro por parte de los especialistas en pediatría para instaurar una terapia adecuada lo más temprana posible, dada la buena respuesta de estos niños y el aumento de la frecuencia de esta patología. Asimismo, queremos destacar el papel que representan las Unidades de Hospitalización de Psiquiatría Infanto-Juvenil en el abordaje de estos procesos en colaboración con Pediatría.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Chorpita BF, Vitali AE, Barlow DH. Behavioral treatment of choking phobia in an adolescent: an experimental analysis. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1997; 28(4): 307-15.
2. Bailly D, de Chouly de Lenclave MB, Dhaussy S, Baert F, Turck D. Choking phobia in childhood: a differential diagnosis with anorexia nervosa. *Arch Pediatr*. 2003; 10(4): 337-9.
3. Greenberg DB, Stern TA, Weilburg JB. The fear of choking: three successfully treated cases. *Psychosomatics*. 1988; 29(1): 126-9.
4. Chatoor I, Conley C, Dickson L. Food refusal after an incident of choking: a posttraumatic eating disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1988; 27(1): 105-10.
5. de Lucas-Taracena MT, Montañés-Rada F. Swallowing phobia: symptoms, diagnosis and treatment. *Actas Esp Psiquiatr*. 2006; 34(5): 309-16.
6. Okada A, Tsukamoto C, Hosogi M, Yamanaka E, Watanabe K, Ootyou K, Morishima T. A study of psycho-pathology and treatment of children with phagophobia. *Acta Med Okayama*. 2007; 61(5): 261-9.
7. McNally RJ. Choking phobia: a review of the literature. *Compr Psychiatry*. 1994; 35(1): 83-9.
8. Moreno Villares JM, Rodrigo Alfageme M, Oliveros Leal L. Miedo al atragantamiento ("choking phobia") en el diagnóstico diferencial de los trastornos de la conducta alimentaria. *Acta Pediatr Esp*. 2006; 64(9): 425-427.
9. Ball SG, Otto MW. Cognitive-behavioral treatment of choking phobia: 3 case studies. *Psychother Psychosom*. 1994; 62(3-4): 207-11.
10. Scemes S, Wielenska RC, Savoia MG, Bernik M. Choking phobia: full remission following behavior therapy. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009; 31(3): 257-60.