



Reporte de caso

Craving por mentolados: a propósito de un caso[☆]

Omar Humberto Muñoz, Juan Carlos Alba Maldonado,
Ledmar Jovanny Vargas Rodríguez* y Milena Brigitte Agudelo Sanabria

Hospital San Rafael, Universidad de Boyacá, Tunja, Colombia



INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 17 de mayo de 2018

Aceptado el 17 de febrero de 2019

On-line el 10 de abril de 2019

Palabras clave:

Ansia

Alimentos

Mentolados

Ansiedad

Trastorno obsesivo-compulsivo

R E S U M E N

Se describe un caso de *craving* por dulces mentolados, una paciente de 53 años con cuadro de consumo excesivo de dulces mentolados (100 unidades/día). Ingresó con el antecedente de artritis reumatoide, con obesidad, en estado de ansiedad asociado con onicofagia y pellizcos de la piel. Se descartó la organicidad mediante paraclínicos y se le dio asistencia hospitalaria. Al alta, la paciente estaba estable; sin embargo, por progresión del dolor por la enfermedad reumática, ha sufrido síntomas depresivos, por lo que ha requerido ajuste de la medicación. **Conclusiones:** El *food craving* y la ansiedad presentan similitudes fisiopatológicas. Las mentas tienen distintos mecanismos o modos en que pueden contrarrestar o controlar estos síntomas, entre los que está el aumento de serotonina, la unión a receptores GABA-A y la estimulación del receptor nicotínico en las células nerviosas.

© 2019 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Craving for menthol sweets: a case report

A B S T R A C T

We describe a case of craving for menthol sweets in a 53-year-old woman with excessive consumption of menthol sweets (100 units/day). She was admitted with a history of rheumatoid arthritis, obesity, anxiety associated with onychophagia and pinching of the skin. Organic disorders were ruled out with paraclinical tests and in-hospital treatment was administered. At discharge, the patient's condition was stable, but because of exacerbated pain due to the rheumatological disease, she presented depressive symptoms, requiring her medication to be adjusted.

Conclusions: The "food craving" and anxiety present pathophysiological similarities. Mints have different mechanisms or ways in which they can counteract or control these symptoms, including an increase in serotonin, binding to GABA-A receptors and stimulation of the nicotinic receptor in nerve cells.

© 2019 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Craving

Food

Menthol sweets

Anxiety

Obsessive-compulsive disorder

[☆] La expresión *food craving* se puede traducir perfecta y exactamente por las españolas «antojo» o «ansia por un alimento».

* *Corresponding author.*

Correo electrónico: lejovalo@gmail.com (L.J. Vargas Rodríguez).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.02.002>

0034-7450/© 2019 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Introducción

El *food craving* (FC) es el deseo de consumir un alimento concreto que resulta difícil de resistir. Esta entidad se ha asociado con la aparición de obesidad y otros trastornos de la conducta alimentaria¹. Este también se asocia con alteraciones del estado de ánimo, concretamente emociones negativas, situaciones de estrés y otros eventos. Entre los estados de ánimo consecuencia del FC, los más frecuentes son los sentimientos de culpa, así como síntomas de ansiedad y depresión².

A continuación se presenta un caso de *craving* por dulces mentolados que trató el Servicio de Psiquiatría del Hospital San Rafael de Tunja (Colombia).

Reporte de caso

Una mujer de 53 años, soltera y ama de casa, acudió al servicio de urgencias con cuadro clínico de 1,5 años de evolución consistente en ingesta excesiva de dulces mentolados; manifestaba que durante el primer mes consumía hasta 8 mentas al día, pero fue incrementando el consumo hasta 50 dulces mentolados al día (aproximadamente 2.000 calorías/día), y llegó a mantener de manera continua de 4 a 6 mentas en la boca. En los días previos al ingreso, consumía hasta 100 mentas por día.

Refería el antecedente familiar de ansiedad en el padre, historia personal de artritis juvenil y artrosis de rodillas tratada con Abataced una vez al mes y antecedentes quirúrgicos de *bypass* gástrico 7 años antes, varicosafenectomía y hemorroidectomía 2 años antes. Manifesto que había fumado de 15 a 20 cigarrillos diarios durante 25 años, pero había suspendido el hábito 5 años atrás.

Al examen físico de ingreso mostraba signos vitales normales, con índice de masa corporal de 30,12; estaba atenta, con afecto marcadamente ansioso, lógica, coherente, con juicio debilitado e introspección y prospección inciertas. Se evidenciaba deterioro de la salud bucal dado por halitosis, laceraciones en las encías y la lengua; algunas piezas dentales estaban rotas y había signos de onicofagia, y se observaban múltiples lesiones de autoagresión (pellizco patológico) en la cara posterior de las extremidades superiores y la cara anterior de las inferiores, en estado de cicatrización.

Se realizaron exámenes para descartar organicidad. Una tomografía computarizada (TC) simple de cráneo no evidenció lesiones estructurales (figura). Los estudios paraclínicos séricos mostraban unas adecuadas funciones tiroidea, renal y hepática, equilibrio hidroelectrolítico y hemograma dentro de

Tabla 1 – Estudios al ingreso

Pruebas diagnósticas	Resultado	Referencia
Creatinina (mg/dl)	0,46	0,6-1,1
Aspartato aminotransferasa (UI/l)	22	10-45
Alanina aminotransferasa (UI/l)	28	10-45
Tirotropina (mUI/l)	2,5	0,4-4,5
Sodio (mEq/l)	143	135-145
Potasio (mEq/l)	4,2	3,5-5,3
Cloro (mmol/l)	105	98-109
Leucocitos ($\times 10^9/l$)	7,5	4,5-11,0
Neutrófilos (%)	55	≤ 85
Linfocitos (%)	9	≤ 10
Hemoglobina (g/dl)	15,6	13-16
Plaquetas ($\times 10^9/l$)	356	150-450
Colesterol total (mg/dl)	155	≤ 200

normalidad (tabla 1), por lo que se descartó cualquier proceso sistémico que pudiera estar asociado con este cuadro.

Se la ingresó con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria sin especificación (CIE10: F50.9), trastorno de ansiedad sin especificación (CIE10: F41.9) y obesidad de grado I (E66.9). Se inició tratamiento con fluoxetina 5 ml (20 mg)/día y alprazolam 0,25 mg/8 h.

La paciente presentó mejoría notoria de sus síntomas ansiosos y compulsivos por el consumo de dulces mentolados, buen patrón de sueño durante la estancia hospitalaria y disminución de los intentos de autoagresión. Ante la adecuada evolución y tras verificar la adecuada toma de la medicación, se decidió darle el alta 1 semana después, con medicación y cita de control.

Al trigésimo día tras el alta, la paciente acudió a la cita de control refiriendo disminución del consumo de mentolados, pero *craving* por azúcares refinados, seguido de ideas de culpa tras la ingesta, y sensación de sabor desagradable de ciertos alimentos. Además sentía dolor en la espalda y las extremidades superiores e informó de que solo consumía fluoxetina y que no asistió a la cita de psicología.

Al tercer mes fue revaluada, y manifestó que no tomaba el medicamento por creencias culturales, «pues estos me dañan los riñones». Aunque había abandonado el consumo de mentolados, mantenía el *craving* por azúcares refinados. Se les explica a la paciente y al familiar la necesidad de continuar con la medicación.

Nueve meses después del alta, refería que sufría un dolor permanente en sus articulaciones por su enfermedad reumática, lo que limitaba su deambulación, asociado con insomnio general, ansiedad, llanto, tristeza, irritabilidad, explosividad e ideas de muerte, y reinició de pellizco patológico, por lo que se

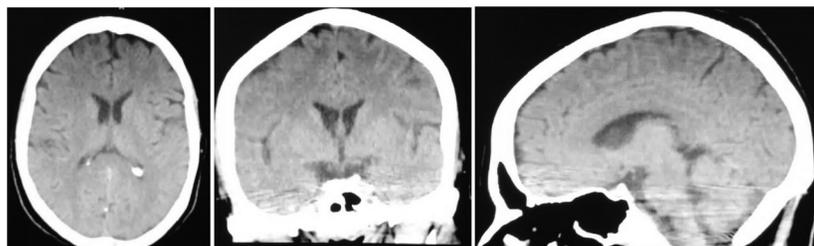


Figura 1 – Tomografía computarizada craneal simple sin evidencia de lesiones intraparenquimatosas. Se considera dentro de los límites normales.

Tabla 2 – Criterios diagnósticos del DSM-V⁷

1. Se caracteriza por los siguientes hechos:
 - Ingestión de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la de la mayoría de las personas
 - Sensación de falta de control de lo que se ingiere
2. Se asocian con 3 (o más) de los siguientes síntomas:
 - Comer mucho más rápidamente de lo normal
 - Comer hasta sentirse desagradablemente lleno
 - Comer grandes cantidades cuando no se siente hambre físicamente
 - Comer debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere
 - Sentirse a disgusto con uno mismo, deprimido o avergonzado, luego de comer
3. Se produce, en promedio, 1 vez a la semana durante 3 meses

ajustó el tratamiento médico a sertralina 50 mg cada mañana, trazodona 50 mg cada noche y lorazepam 1 mg cada noche. La paciente se mantuvo estable, pero 8 meses después se ajustó la benzodiacepina, ya que estaba marcadamente ansiosa y se reactivó el insomnio. Se ajustó a lorazepam 1 mg (mañana y noche).

En el momento la paciente refería leves síntomas depresivos en relación con su dolor, sin pellizco patológico, pero nuevamente con uso de mentolados entre 4 a 5 al día, y además onicofagia. Se continuó el tratamiento instaurado y se la envió a psicoterapia.

Consideraciones éticas

Con base en la resolución 8430 de 1993, donde se establecen las normas para la investigación en salud, se solicitó y diligenció el consentimiento informado, se respetó la identidad de la paciente (se reportan solo los datos sociodemográficos y diagnósticos y los tratamientos administrados) al analizar la evolución clínica de la paciente.

Discusión

Se ha demostrado que las mujeres tienen mayor riesgo de FC, de manera más notoria durante la ovulación o al principio de la menstruación³, estas diferencias por sexo en la conducta alimentaria se deben a la organización neuronal durante la etapa prenatal dependiente de los estímulos hormonales, en el que los estrógenos son los más determinantes⁴.

Anatómicamente, se sabe que el FC está relacionado con el funcionamiento del sistema de motivación que tiene estructuras tales como el hipocampo, la amígdala, el núcleo *accumbens* y la corteza prefrontal, entre otras. Estas estructuras también se ven afectadas en trastornos de ansiedad⁵, y esto explica la comorbilidad en el caso presentado.

El diagnóstico diferencial entre el FC y los trastornos de ansiedad se puede apoyar en la escala de Yale para adicción de alimentos; su versión en español está validada en una población mexicana, tiene propiedades psicométricas adecuadas y permite conocer los casos de *craving*⁶. Además, el diagnóstico se puede apoyar en los criterios establecidos en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) (tabla 2)⁷.

Tabla 3 – Composición de las mentas

	Componentes	Proporción (%)
1	Mentol	39,1
2	Carbohidratos	11,0
3	Monoterpenos	0,8
5	Naringenina	8,0
6	Isometil acetato	0,6
7	Hidrocarburos sesquiterpénicos	6,1
8	Monoterpenos oxigenados	32,1
9	Sesquiterpenos oxigenados	2,3

Tomado y adaptado de Isidora et al.¹⁰.

La fisiopatología evidencia que en el *craving* se aumenta la actividad neuronal de las vías serotoninérgicas debido al aumento del cortisol plasmático; este aumento tiene como fin regular el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA). Sin embargo, si esta respuesta se mantiene crónicamente, conlleva una disminución del triptófano que encamina a al paciente a una gran ingesta de carbohidratos, lo que tiene como fin restaurar la concentración de serotonina^{8,9}.

Respecto al *craving* por mentolados, la hipótesis propuesta es que en la composición de estas golosinas (tabla 3) se encuentran grandes cantidades de carbohidratos¹⁰. Otros estudios han demostrado que los dulces mentolados contienen algunas sustancias como la naringenina, que actúa de manera similar a las benzodiacepinas uniéndose al receptor GABA-A, y posiblemente tienen un efecto ansiolítico, además de una actividad inhibitoria de la monoaminoxidasa (MAO) que aumenta la concentración de serotonina^{11,12}. Estos efectos podrían explicar la conducta de la paciente con los dulces mentolados.

Otra particularidad del mentol es que se une a un tipo de receptor nicotínico dentro de las células nerviosas y promueve la expresión de otros genes en las regiones de la recompensa y el placer, estímulo similar al que se produce con el consumo de tabaco¹³, lo que podría explicar la necesidad de incrementar el número de mentas consumidas por la paciente para obtener una respuesta placentera.

Se ha encontrado que hay una relación significativa entre la compulsión glucídica y el perfil antropométrico alterado, por lo cual estos pacientes presentan algún grado de sobrepeso u obesidad¹⁴. Sin embargo, descubrimientos recientes han permitido demostrar que el circuito cerebral más potente para controlar el consumo de alimentos también regula el metabolismo lipídico¹⁵.

Algunos estudios han demostrado que la aromaterapia con sustancias como la menta conlleva respuesta tales como mayor relajación, aumento de la motivación y el vigor y más actividad locomotriz¹⁶.

Se puede decir que los trastornos de ansiedad y de la conducta alimentaria parecen compartir una serie de características comunes. Muestra de ello serían las similitudes fenomenológicas, las características (edad de inicio, curso y comorbilidad), la etiología, los factores de riesgo y la respuesta a tratamientos farmacológicos y/o conductuales, demostradas mediante un metanálisis reciente, que indica que hay una

correlación positiva entre estas 2 entidades¹⁷. La evolución natural de estas enfermedades no tratadas tiende a ser crónica y a tener un pronóstico desfavorable¹⁸.

En conclusión, es común encontrar una asociación entre el trastorno de ansiedad y los trastornos de la conducta alimentaria, que tienen una correlación fisiopatológica, pero muy pocas veces se encuentra una conducta tan específica como en este caso hacia el consumo de dulces mentolados.

Conflicto de intereses

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

- Gómez MA, Bernabé JR, Ruiz AS, Rodríguez MC. Assessment of emotional reactivity to food images in bulimia nervosa. *Psicothema*. 2011;23:580-6.
- Massey A, Hill AJ. Dieting and food craving. A descriptive quasi-prospective study. *Appetite*. 2012;58:781-5.
- Yen JY, Chang SJ, Ko CH. The high-sweet-fat food craving among women with premenstrual dysphoric disorder: Emotional response, implicit attitude and rewards sensitivity. *Psychoneuroendocrinol*. 2010;35:1203-12.
- Greendale GA, Derby CA, Maki PM. Perimenopause and cognition. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2011;38:519-35.
- Di Leone RJ, Taylor JR, Picciotto MR. The drive to eat: comparisons and distinctions between mechanisms of food reward and drug addiction. *Nat Neurosci*. 2012;15:1330-5.
- Valdés MA, Rodríguez MC, Cervantes J, Camarena B, Gortari P. Traducción al español de la escala de adicción a los alimentos de Yale (*Yale Food Addiction Scale*) y su evaluación en una muestra de población mexicana. *Análisis factorial. Salud Mental*. 2016;39:295-302.
- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM). 5.ª ed Madrid: Médica Panamericana; 2014. p. 547-8.
- Kontinen H, Mannisto S, Sarlio-Lahteenkorva S, Silventoinen K, Haukkala A. Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite*. 2010;54:473-9.
- Tamara V, Jaime S, Rafael T, Ana Maria C. Neurobiologic basis of craving for carbohydrates. *Nutrition*. 2014;30:252-6.
- Isidora S, Stojan P, Neda M, Biljana B. Acute and chronic pretreatment with essential oil. *Phytother Res*. 2012;26:820-5.
- Lopez V, Martin S, Gomez-Serranillos MP, Carretero ME, Jager AK, Calvo MI. Neuroprotective and neurochemical properties of mint extracts. *Phytother Res*. 2010;24:869-74.
- Wesley A, Mark B, Fernando L. Investigation of the anxiolytic effects of naringenin, a component of *Mentha aquatica*, in the male sprague-dawley rat. *Holist Nurs Pract*. 2012;26:52-7.
- Kabbani N. Not so cool? Menthol's discovered actions on the nicotinic receptor and its implications for nicotine addiction. *Front Pharmacol*. 2013;4:95.
- Oliva L, Maffei L, Squillace C. Estudio de la compulsión glucídica y su relación con el perfil antropométrico y metabólico en un grupo de mujeres adultas argentinas. *Diaeta*. 2013;31:13-9.
- Nogueiras R, Wiedmer P, Perez-Tilve D. The central melanocortin system directly controls peripheral lipid metabolism. *J Clin Invest*. 2007;117:3475-88.
- Ayaz M, Sadiq A, Junaid M, Ullah F, Subhan F, Ahmed J. Neuroprotective and anti-aging potentials of essential oils from aromatic and medicinal plants. *Front Aging Neurosci*. 2017;9:168-212.
- Burrows T, Kay-Lambkin F, Pursey K, Skinner J, Dayas C. Food addiction and associations with mental health symptoms: a systematic review with meta-analysis. *J Hum Nutr Diet*. 2018;125:1-29.
- Gamba-Collazos H, Ansiedad. Comentarios sobre las historias personales asociadas a ella, artículo de reflexión. *Rev Vang Psicol*. 2014;5:60-7.