

Anorexia nerviosa en pediatría

Dr. A. Sánchez Marengo
Departamento de Pediatría. Hospital Universitario San Cecilio.
Granada

La anorexia nerviosa es una enfermedad emergente, que poco a poco va rodeando nuestro entorno, ya que es cada vez más frecuente que en grupos de amigos o familiares nos encontremos con un nuevo caso de anorexia.

Esta enfermedad para nada tiene un comienzo en este siglo, sino que desde el siglo XIV hay constancia, que, por ejemplo, la hija del Rey de Portugal hiciera dieta para que los hombres no se fijaran en ella y poder dedicarse por entero a la meditación. Pero no es hasta 1689 cuando Richard Morton detectó que un grupo de mujeres perdían peso sin ninguna causa orgánica y la denominó clorosis. Más tarde Gull, en Londres (1868) y Lasegue, en París (1893) describen la enfermedad como de origen psicológica. Más tarde Seehan, al detectar alteraciones hipofisarias quiso justificar de nuevo su etiología orgánica y, más recientemente, Berkman, en 1930, define de forma clara que la enfermedad tiene un origen puramente psiquiátrico, pero con multitud de manifestaciones en los diferentes sistemas del organismo.

La importancia de la enfermedad estriba en afectar al sexo femenino (9/1), pero cuando acontece en el varón ésta presenta un peor pronóstico. Produce grandes distorsiones en las familias, afecta en la clase media/alta predominantemente, afectando a un grupo de niñas con un gran rendimiento escolar, pero sin tener concepto de enfermedad aunque desde luego no hay que olvidar que es la tercera causa de enfermedad crónica en el niño y en el adolescente.

Suele tener una prevalencia entre el 1-4% pero, cuando afecta a un grupo de riesgo, como bailarinas, atletas o gimnastas, llega hasta el 6%. LA edad en que aparece con mayor frecuencia es en la edad pediátri-

ca entre los 11-14 años, teniendo un pico nuevo a los 18 años, con un a media de edad de 13 años. Estos datos están en la actualidad muy discutidos pues el debut de la enfermedad cada vez es más precoz, teniendo sus comienzos por debajo de los 10 años incluso en la primera infancia.

La anorexia nerviosa puede presentarse como una forma restrictiva a base de restricción de alimentos (dietas) y/o ejercicio, o bien una presentación purgativa, realizándose acciones como vómitos, laxantes o diuréticos para evitar con la eliminación rápida de sustancias ingeridas la ganancia de peso.

Probablemente el signo más constante de esta enfermedad sea la distorsión de su imagen corporal, y bien por el miedo intenso a la obesidad o bien por el rechazo del consumo de alimentos, llega de forma clara a una gran pérdida de peso.

Se han establecido diferentes criterios para etiquetar esta enfermedad, desde Frighner (1972); posteriormente los del grupo de expertos DSM-III (1987) hasta los DSM-IV modificado (1993), que se exponen en la tabla I.

Tabla I DSM-IV²⁸ (1993)

- Rechazo a mantener el peso corporal para su edad y talla
- Temor a la ganancia ponderal u obesidad incluso con bajo peso
- Alteración en la percepción de la ganancia de peso del tamaño y la silueta corporales
- Amenorrea de más de 3 meses consecutivos (postmenarquía)

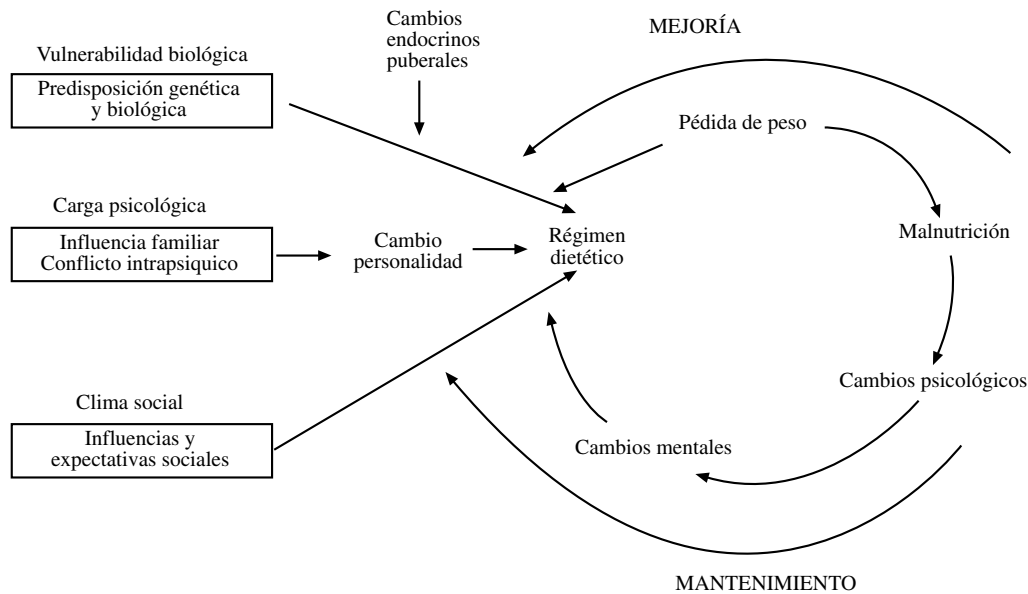


Gráfico 1

En la **etiopatogenia** de la enfermedad se imbrican diferentes situaciones que se indican en el **gráfico 1**, en donde se establece un círculo vicioso que es difícil de resolver pero lo que sí está claro es que mientras no corriamos la malnutrición no vamos a poder restablecer la situación y el equipo de psicólogos no podrá actuar.

Van a existir diferentes factores que van a aparecer en esta enfermedad y que están clasificados en tres grandes grupos:

1º Factores predisponentes

2º Factores precipitantes

3º Factores perpetuantes.

Vamos a relacionar esquemáticamente cada uno de ellos:

1º Factores predisponentes:

Culturales

- Asociación de delgadez con belleza y felicidad
- Visión del ego e imagen corporal

-Difusión de los medios de comunicación

-Afán de consumismo

-Adolescencia como modelo físico

Familiares

- Familia intrusiva y limitante

- Dicotomía entre sobreprotección y rigidez

- Sin solución de un conflicto e incomunicación

- Madre dominante, padre pasivo

- Interés familiar por alimentación (dietas, ejercicios o apariencias físicas)

- Antecedentes familiares

- Alcoholismo, edad avanzada

Individuales

- Sexo femenino y adolescencia

- Sobrepeso anterior

- Inmadurez, retraso desarrollo sexual
- Alteración de la imagen corporal
- Tendencia depresiva
- Pubertad explosiva
- Viaje de estudios
- Incremento súbito de peso
- Críticas familiares y/o sociales de imagen corporal
- Separaciones o pérdidas
- Acontecimientos adversos
- Contactos sexuales
- Problemas de adaptación

2º Factores precipitantes:

Insatisfacción por su peso e imagen corporal

Dieta para mejorar su sentido de autoestima y control

3º Factores perpetuantes

Malnutrición y sus consecuencias

- Actitud familiar frente a la anorexia
- Deterioro anímico y aislamiento social
- Actividad física excesiva
- Empleo de medicación: laxantes, diuréticos

En la anorexia nerviosa van a aparecer una serie de aspectos de conductas típicos que en muchas ocasiones están todos presentes pero lo más frecuentes es que estén sólo algunos; a continuación, en la tabla II hacemos referencia a los más importantes.

En la anorexia nerviosa va existir una serie de alteraciones físicas muy diversas que se van a relacionar con el grado de gravedad de la enfermedad. Cada vez son más frecuentes los estudios que relacionan el déficit de Zinc en la dieta (restricción de carne y pescados), incluso se han realizado trabajos que, basado

Tabla II

- Restricción inicial de alimentos de alto contenido calórico.
- Interés activo por la comida (cocinando, guardando recetas, dirigiendo el menú familiar, etc.).
- Fetichismo alimentario, con rituales específicos (desmenuzamiento, masticar durante mucho tiempo. antes de tragar, secado del aceite, comida de pie, etc.).
- Aumento de actividad física especialmente después de la ingesta.
- Incremento de las horas de estudio disminuyendo las del sueño.
- Preocupación intensa por el parámetro peso.
- Irritabilidad, peleas frecuentes. Aislamiento social.
- Excesivamente minuciosas. Uso de ropa holgada.

sen la talla predictiva de los padres, hacen ver que la talla se encuentra disminuida en estas enfermedades, pero cuando este estudio se lleva más allá de los 10 años, esta talla se recupera progresivamente en relación con la curación de la enfermedad, como ocurre en toda la edad pediátrica y dentro de cualquier acontecer grave que se prolonga en el tiempo.

Igualmente el estudio de la mineralización ósea se encuentra afectada en esta enfermedad, de tal manera que su seguimiento encierran un interés creciente porque la suplementación de calcio puede evitar futuras fracturas en edades tempranas de la vida.

A continuación relacionaremos los síntomas más frecuentes que pueden encontrarse en el contexto de esta enfermedad:

Manifestaciones gastrointestinales

- Disfagia, acalasia
- Abdominalgias y estreñimiento
- Alteraciones del esmalte dentario
- Hipertrofia parotídea (amilasemia elevada)
- Esofagitis, incluso rupturas
- Plenitud posprandial
- Enlentecimiento gástrico

Manifestaciones cardiovasculares

- Hipotermia, acrocianosis y arritmias
- Alteraciones dérmicas típicas (coloración amarillenta, aparición de lanugo, cabello ralo, sequedad de piel)
- Hipotensión, bradicardia y mareos
- Edemas periféricos
- Lesiones miocárdicas que pueden provocar la muerte súbita
- La prolongación del intervalo QT merece ser destacada como signo de alarma en arritmia grave

Manifestaciones renales

- Aumento de la creatinina plasmática y la urea
- Hiponatremia
- Hipocalcemia
- Hipocloremia
- Hipomagnesemia
- Hipofosfatemia (en anorexia vomitadora)
- Alcalosis metabólica
- Todas estas manifestaciones son reversibles en el 100% en la curación

Manifestaciones endocrinas

- Ausencia de aparición de signos puberales o detención en la evolución de los mismos en pacientes prepuberales y con pubertad en curso
- Amenorrea en pacientes femeninas con menarquía previa
- La amenorrea se produce en relación PESO-DEPENDIENTE que se da en la anorexia como en las atletas.

Manifestaciones endocrinas

- La hormona de crecimiento (GH) está normal o elevada a veces

- Existe un descenso de GH-BP, IGF-1, IGF-BP3, básicamente por un descenso de IGF-1 que provoca el aumento de GH
- Se produce una baja respuesta a GH a estímulos hipotalámicos y alta respuesta cuando se emplea GH-RH

Manifestaciones endocrinas

- El eje GR.RH - GH - IGF.1 sufre modificaciones relacionado con la desnutrición (acción protectora)
- El patrón nocturno de LH en la fase aguda es uniforme sin picos secretorios (que ocurre en la pubertad), siendo la aparición de este pico el que indica una vuelta a la normalidad
- La TSH es normal mientras que la T3 y T4 está baja (a la que se debe las características de la piel)

Manifestaciones endocrinas

- Incrementos variables del cortisol, siendo los pulsos aumentados
- Hay un aumento de la excreción urinaria del cortisol libre
- Alteraciones de la ACTH y CRF pueden mantenerse durante años después de la curación
- Los andrógenos suprarrenales están disminuidos

Manifestaciones dermatológicas

- Lanugo en mejillas, espalda, antebrazos, muslos
- Piel seca
- Púrpura y equimosis
- Color amarillo (retención de carotenos)
- Uñas quebradizas. *Signo de Russell*
- Mala regulación térmica

El diagnóstico precoz de la enfermedad se basa en la presencia de las lesiones dermatológicas referidas, así como la pérdida de una menstruación injustificada, la presencia de osteoporosis, estreñimiento,

caries dentarias, anemia pero, sobre todo, por una nutrición defectuosa, así como la presencia de maniobras para evitar la asimilación de los alimentos.

Actualmente está poco avanzada la experimentación de fármacos para los trastornos alimentarios; tal vez la lectina presente en la grasa, como los reguladores del apetito como el neuropéptido Y (NPY), opiáceos, galanina puede tal vez en un tiempo no muy lejano poder ser aplicado a la clínica, porque el gen de la proteína UCP2 en el cromosoma 11, así como la colestistoquinina, en el momento actual, está en fase más retrasada...

Es frecuente que la evolución de la enfermedad pueda producirse con episodios de ingesta elevada con pérdida de mando, sin maniobras restrictivas (vómitos, ejercicio, etc), es decir, un paso a la vertiente contraria, la bulimia, que hace que la evolución y el pronóstico de la enfermedad se vean retrasados.

Durante el tratamiento, debemos evitar a los padres, hermanos y personal clínico no cualificado, junto con el hecho de hablar de comidas, alimentos, propiedades de los mismos, así como preparar las comidas, sabores, composición de los mismos etc., que pueden poner en personas de alto riesgo instrumentos que logoen manipular este grupo de enfermas.

Por otra parte, el objetivo del tratamiento será:

- Recuperación del peso adecuado
- Tratamiento de las alteraciones psicopatológicas
- Recuperación de la imagen corporal
- Recuperación de su ego
- Regulación de los ciclos menstruales

En nuestro Departamento de Pediatría estamos trabajando en este campo desde el año 1993, con un grupo de profesionales escasos, pero que con voluntariedad y esfuerzo hemos conseguido que la unidad tenga un alto nivel, con unos resultados muy satisfactorios. Está compuesto por un pediatra, una psicóloga, un grupo de enfermería y auxiliares que, junto con dos maestras que forman el nido de la Unidad, que se encuentra apoyada por

las áreas de especialización pediátrica de dicho Departamento, así como de las unidades del área norte, así como de las áreas de atención primaria de salud mental que en la actualidad están disponibles.

Dicha Unidad está preparada para cubrir áreas de hospitalización (2-3 camas), comedor terapéutico y hospital de día (desde hace 6 años) y una consulta externa para casos menos graves, en la que se realiza la recuperación ponderal, restablecimientos de los hábitos alimentarios, se modifican los trastornos de la estructura corporal por la psicóloga, así como se corrigen las alteraciones de la dinámica familiar.

A continuación se relacionan las normas seguidas en las áreas de hospitalización como en las del hospital de día y comedor terapéutico:

- Las visitas de los padres están restringidas y las de los familiares, prohibidas
- Siempre deben estar acompañadas y ser estrictos durante las comidas
- La duración de las comidas debe ser de entre 20-30 minutos
- No se cambian alimentos dentro de la comida
- El personal anotará la cantidad, calidad y forma de ingerir los alimentos
- Solo se permite una cantidad de líquidos en las comidas
- Deben estar vigiladas las 2 horas siguientes a la comida
- Control de peso diario *de espalda*
- Control diario por el pediatra
- Información diaria a los padres
- No se permite pasar llamadas telefónicas
- Enfermería anotará las incidencias diarias
- Reposo relativo estricto

