

PROTOCOLOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS

Anorexia

Anorexia es la falta anormal de ganas de comer. Sin embargo, dentro del término de anorexia, hay que distinguir entre la pérdida de apetito y el rechazo del alimento. La pérdida del apetito consiste en el debilitamiento de un instinto vital, el de la alimentación, mientras que el rechazo de la comida es una reacción de oposición al alimento en sí o, lo que es más frecuente en el niño, de rechazo a las circunstancias en que le es ofrecida la comida, incluyendo a la persona encargada de ofrecérsela.

Ante todo niño con anorexia hay que plantearse cual es la naturaleza de la misma, procurando averiguar si se trata de una anorexia secundaria a otro proceso, o si nos encontramos ante una anorexia primaria o esencial que evoluciona independiente de otras circunstancias, obedeciendo generalmente a mecanismos psicógenos. En ambas modalidades es de resaltar la importancia que tiene la anamnesis dentro de la Historia Clínica para orientar el diagnóstico correctamente.

ANAMNESIS

Se debe de registrar cual es el aporte dietético diario real y pormenorizado. Este simple análisis servirá para descartar los casos de falsas anorexias, en que el niño co-

V. MADRIGAL DÍEZ y J. ALONSO PALACIO

me suficientemente, aunque a la familia se le antoje que sea poca.

En la anamnesis habrá que buscar las características que permitan encuadrar el caso concreto dentro de los tipos fundamentales que se distinguen de anorexia, (tabla I).

TABLA I. CLASIFICACIÓN DE LAS ANOREXIAS

Secundarias:	1) a enfermedades orgánicas. 2) a errores dietéticos.
Primarias: (Psicógenas)	1) forma común. 2) formas graves.

ANOREXIAS SECUNDARIAS

Las anorexias secundarias pueden aparecer a consecuencia de enfermedades orgánicas, o ser originadas por errores dietéticos.

1) *Anorexias secundarias a enfermedades orgánicas:* La anorexia es un signo acompañante de la mayor parte de enfermedades agudas y crónicas de la infancia. Es habitual en casi todas las infecciones, en las enfermedades digestivas, respiratorias, metabólicas y tumorales, en las mal-

formaciones severas de cualquier órgano importante, en las carencias vitamínicas y también en la sobredosificación de las mismas, especialmente A y D.

Descartar estas anorexias debe ser la primera preocupación del médico consultado por una familia cuyo niño no come. Por ello hay que recordar que la anorexia que acompaña a las enfermedades orgánicas puede ser el primero y único síntoma de la enfermedad durante algún tiempo. Otras veces existen más manifestaciones de la enfermedad, pero han pasado desapercibidas para la familia, angustiada ante el hecho, que considera más importante, de que el niño no come. Sólo después de asegurarse de que no existe una enfermedad orgánica se podrá pensar en una anorexia primaria.

2) *Anorexias secundarias a errores dietéticos*: Son más frecuentes en los niños pequeños, por ser más «manipulables» en su alimentación. Los errores dietéticos encontrados con más frecuencia en la anamnesis son:

a) Rigidez exagerada en el cálculo de la ración y en el horario de la alimentación.

b) Monotonía en las comidas, que puede hacer perder el gusto por los alimentos.

c) Cambios bruscos en la alimentación, tanto en su composición (inicio de la alimentación complementaria), como en la forma de administrarla (paso del pecho o biberón a la cuchara), que muchas veces requieren un tiempo de adaptación progresiva.

d) Empeño de algunas madres en alimentar excesivamente a sus hijos.

ANOREXIAS PRIMARIAS

En estas anorexias, también denominadas esenciales y psicógenas, conviene dis-

tinguir dos tipos: forma común, con poca repercusión sobre la salud del niño, y formas graves, que pueden suponer una amenaza para la vida.

1) *Forma común*: prácticamente es posible en todos los casos detectar en la anamnesis la existencia de un conflicto que gira alrededor de estos dos hechos contrapuestos: intento por parte de la familia de obligar a comer al niño y resistencia de este a comer.

Con frecuencia se recoge el antecedente de una causa que originó un estado de anorexia secundaria, ya fuera una enfermedad orgánica, ya un error dietético de los comentados anteriormente, o bien, en los niños mayorcitos, algún tipo de conflicto familiar (celos de un hermano menor, crisis matrimonial, etc.) o escolar (inicio de la escolarización, exigencias excesivas, etc.). Ante estas situaciones la familia, presa de ansiedad, intentó forzar a comer al niño y éste se resistió, iniciándose así el conflicto que se mantiene por sí mismo, de forma que, una vez instaurada, la anorexia aparece como un fenómeno aislado, sin aparente relación clínica con otros procesos.

En estas situaciones de anorexia común ya establecida suele existir algún factor que predispone a la aparición de una relación tensa entre los padres, generalmente la madre, y el niño a la hora de la comida, y que deberá analizarse en la entrevista familiar. Con frecuencia se recoge alguna de las siguientes características en su personalidad: obsesiva y preocupada por la comida del hijo; ansiosa, de forma que ve acercarse con ansiedad la hora de la comida, temiendo que el niño va a comer poco; insegura, con temor constante a equivocarse; perfeccionista y meticulosa en la preparación del alimento; intelectualista y con criterios propios, que obtiene por diversos medios; obstinada y absorbente con el hijo; a veces se encuentran personalida-

des infantiles e inmaduras; por último, pueden ser madres despreocupadas del niño y de su alimentación. A todo esto hay que añadir las creencias y presiones sociales y culturales, que tienden a tomar como índices de buena salud para el niño la ingesta abundante y el excesivo desarrollo ponderal.

Dentro del cuadro clínico de estas formas comunes aparecen algunos hechos que son muy evocadores según la edad:

a) En el niño pequeño se detecta fácilmente el ambiente creado alrededor del niño a la hora de comer; toda la familia puede tomar parte en el intento de hacerle ingerir un poco más de alimento, se hacen juegos, se inventan tretas y se acepta cualquier método con el que el niño tome una cucharada más de comida, siendo muy frecuente que al final el niño termine vomitando.

b) El niño preescolar suele usar la anorexia como un método, que resulta generalmente muy eficaz, para convertirse en el centro de atención de la casa. Además de vomitar cuando le obligan a comer, suele quejarse de dolores abdominales que guardan una clara relación con la ingesta forzada, siendo a veces los vómitos y los dolores los motivos de la consulta al médico.

c) En el niño escolar la anorexia se acompaña frecuentemente de otros síntomas, además de los dolores abdominales y vómitos, tales como enuresis, encopresis, terrores nocturnos, fracaso escolar, cambios de carácter, etc... Estos hechos hay que interpretarlos no sólo como el intento de convertirse en el centro de atención de la familia, sino que también hay que verlos como una llamada de atención y de ayuda para resolver un problema que les rebasa.

2) *Formas graves*: Evolucionan desde el principio con unas características de gravedad evidentes para la familia y para el

médico. El rechazo de la comida es prácticamente total, lo que se refleja enseguida en un rápido adelgazamiento y desnutrición.

En este tipo de anorexias, una vez descartada la etiología orgánica, el interrogatorio debe centrarse en la detección de trastornos graves de la personalidad, o en la presencia de conflictos ambientales importantes, generalmente familiares, e incluso situaciones de coacción y mal trato del niño.

a) En el *lactante y preescolar* las formas severas son realmente raras y se asocian a una alteración grave del comportamiento materno o a un trastorno profundo de la conducta infantil. En estos niños resulta llamativo, que, más que rechazar el alimento, la visión del mismo parece aterrorizarles, permaneciendo probablemente sujetos a fobias de devoración y despedazamiento.

b) Durante la *edad escolar* lo más frecuente es que las anorexias severas psicógenas obedezcan a fobias de naturaleza histérica, cuyo contenido es el miedo a morir ahogado o envenenado.

c) La *anorexia nerviosa o mental* del adolescente es con mucho la más frecuente de las formas graves de anorexias primarias. Casi exclusiva del sexo femenino, su comienzo suele coincidir con los cambios de la pubertad y adolescencia, siendo mucho más frecuente entre las clases sociales acomodadas.

En la historia se registra cómo la anorexia, más que una falta de apetito, es una lucha contra la sensación de hambre, a la que se asocian otros medios, como el ejercicio físico, los vómitos provocados, el uso de purgantes, etc., a los que suelen recurrir a escondidas, y todos ellos encaminados a lograr el adelgazamiento y la amenorrea. El adelgazamiento es precoz e intenso y la amenorrea constante. Son hi-

peractivas, tanto física como intelectualmente, y ante la comida muestran una actitud ambivalente, pues aunque rehusan su ingestión, con frecuencia se refieren constantemente a ella, tanto a su propia comida como a la de los demás. Puede resultar llamativo que, mientras la enferma niega la existencia de la anorexia, la familia se muestra remisa a admitir un diagnóstico que no se base en una génesis orgánica de la misma.

Los criterios diagnósticos especificados por el DSM III son:

— Pérdida y mantenimiento del peso corporal por debajo del 25 % del peso esperado.

— Rechazo de la idea de ganar peso hasta alcanzar el mínimo considerado normal.

— Miedo a volverse obeso, incluso aunque esté francamente delgado.

— Distorsión de la percepción de la propia imagen corporal, percibiendo su cuerpo o alguna parte de él como gordos, en contraste con la realidad.

— Ausencia de enfermedad orgánica que justifique el cuadro.

En los casos, mucho menos frecuentes, de anorexia nerviosa masculina, la hiperactividad es sustituida por indolencia y pasividad.

EXPLORACIÓN FÍSICA

En la exploración física de un niño con anorexia se buscará especialmente la existencia de una enfermedad causante de la anorexia y la repercusión de esta en el estado nutritivo del niño y en su desarrollo.

Como ya hemos dicho, la mayoría de las enfermedades orgánicas cursa con anorexia y sólo cuando estemos seguros de que no existe alguna de estas enfermedades estaremos en situación de hacer un

diagnóstico de anorexia primaria. Por ello es especialmente importante realizar una exploración física meticulosa, que revelará en ocasiones la existencia de signos de enfermedades, a veces importantes, a los que la familia, obsesionada por la falta de apetito, no había prestado atención.

La repercusión de la anorexia en el estado nutritivo del niño y en su desarrollo corporal es un buen indicador de la intensidad de la misma, con frecuencia exagerada por la familia en el caso de la anorexia primaria banal. Por ello es indispensable realizar una somatometría completa, con determinación del peso, estatura, perímetros cefálico, torácico y abdominal, valoración de la masa muscular y de los pliegues cutáneos tricipital y subescapular, así como la detección de signos carenciales específicos, según el protocolo del estado nutritivo de Ramos Polo y cols., debiéndose prestar especial atención a los signos de desarrollo sexual durante los períodos de pubertad y adolescencia.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

En la solicitud de exámenes complementarios también habrá que considerar la conveniencia de realizar, por un lado, aquellos que puedan confirmar o descartar la existencia de una enfermedad orgánica causante de la anorexia y, por otro, los que puedan valorar el grado de repercusión de la anorexia sobre el estado nutritivo del niño.

Los del primer grupo, encaminados a verificar la existencia de una patología orgánica, serán solicitados bajo la orientación obtenida previamente con la anamnesis y la exploración física, debiéndose considerar prácticamente como sistemáticos el examen de sangre periférica, el análisis elemental de orina y la reacción a la tuberculina. En ocasiones, se nos planteará

el diagnóstico diferencial entre la anorexia nerviosa y las secundarias a ciertos procesos, como enfermedades endocrinas (hipopituitarismo e hipertiroidismo), enfermedades tumorales y la enfermedad de Crohn. Al respecto, la enfermedad de Crohn será descartada mediante el estudio radiológico intestinal, y las endocrinopatías mediante las oportunas determinaciones hormonales (en la anorexia nerviosa la hormona de crecimiento está generalmente elevada, las gonadotropinas disminuidas y la TSH es normal, siendo T₃ y T₄ generalmente bajas).

En segundo término, cuando se sospecha una repercusión en el estado nutritivo y en el desarrollo del niño, se pueden realizar otras determinaciones analíticas, además de las mencionadas, en las que se haga una valoración del estado de las proteínas, funciones viscerales, vitaminas y minerales, según el mencionado protocolo de valoración del estado nutritivo de Ramos Polo y cols.

TRATAMIENTO

ANOREXIAS SECUNDARIAS

En las anorexias secundarias a enfermedades orgánicas se hará un tratamiento etiológico, corrigiendo, cuando sea posible, la enfermedad responsable y advirtiendo a los padres que la falta de apetito no es más que una consecuencia de la enfermedad principal y que desaparecerá con ella.

En las anorexias secundarias a errores dietéticos una adecuada instrucción materna solventará el problema.

ANOREXIAS PRIMARIAS

1.º *Forma común de la anorexia psicógena o primaria:* En ella existe una nor-

ma profiláctica fundamental consistente en *no forzar nunca el apetito del niño*.

Una vez instaurada la anorexia, el tratamiento se iniciará con la corrección de los posibles defectos de relación entre los padres y el hijo a la hora de la comida. Para ello se aconsejarán normas correctoras, insistiendo en la conveniencia de una conducta liberal a las horas de las comidas, advirtiendo que es normal que el niño, al igual que el adulto, tenga altibajos en su apetito.

La actuación debe de ir dirigida a lograr estos dos objetivos:

a) Terminar con el intento de imponer la comida al niño por parte de los adultos encargados de su alimentación, sustituyendo la ansiedad de estos por indiferencia ante la anorexia.

b) Cambiar la posición de rechazo de la comida por parte del niño por la de demanda de la misma.

Ambos objetivos se pueden conseguir cumpliendo las siguientes normas fundamentales para las comidas de los niños:

— No intentar jamás que un niño coma más de lo que le apetece, de forma que para que coma no se le riñe, ni se le castiga, ni se le ofrecen premios, ni se le cuentan cuentos, etc.

— Nunca se demostrará alegría cuando come, ni enojo cuando no come. Los niños no son buenos o malos por comer mucho o poco.

— En el plato de un niño no debe de sobrar comida y para ello se debe de poner menos cantidad de la que habitualmente come sin protestar. Si quiere más que repita del plato.

— Se retirará el plato en cuanto se observe la primera manifestación de rechazo, sin empeñarse en que siga comiendo hasta terminarlo.

— No sustituir nunca un plato rechazado por otro del mismo grupo. Si no quiere el primer plato que se tenía previsto se pasa al segundo, y de este al postre, pero no se le ofrecen otros de «reserva». Sin embargo, es lógico evitar aquellos alimentos que le son especialmente desagradables y que se sabe que va a rechazar con fuerza.

— Se evitarán los alimentos pesados y de digestión lenta, y se advertirá a las madres sobre la no conveniencia de concentrar los alimentos para «engañar» a los niños.

— Se suprimirán las golosinas fuera de las horas de las comidas, pues pueden debilitar los estímulos del apetito.

Existe una amplia gama de medicamentos con acción más o menos orexígena, y que podemos dividir en dos grupos: los que nunca se deben utilizar en estos casos y los que se pueden permitir.

— *Fármacos prohibidos*: No se deben utilizar la isoniacida (de indudable valor orexígeno, pero cuyo uso indiscriminado favorece la aparición de cepas de micobacterias tuberculosas resistentes) ni las sustancias hormonales, como insulina, corticoides y anabolizantes (con efectos secundarios demasiado importantes como para justificar su uso en las anorexias banales).

— *Fármacos permitidos*: Durante periodos cortos de tiempo se pueden utilizar algunos derivados antihistamínicos, de comprobada acción orexígena, aunque su mecanismo de actuación es discutido (contrarrestar la acción de la serotonina sobre el centro regulador del apetito, provocación de ligeras hipoglucemias, efecto suavemente sedante), siendo los más usados la ciproheptadina, a 0,25 mg./Kg./día (PERIACTIN® , solución con 2 mg./5 c.c., tabletas con 4 mg.) y el pizotifeno, a 0,025 mg./Kg./día (MOSEGOR® , solución con 0,25 mg./5 c.c., grageas con 0,50 mg.). La

carnitina y algunos otros aminoácidos, como lisina y arginina, incrementan de forma secundaria el apetito, lo mismo que ocurre con el orotato potásico, habiéndose incorporado a numerosas presentaciones comerciales, con frecuencia unidos a vitaminas, especialmente a las del grupo B y a sus coenzimas, que pueden incrementar también el apetito de forma inespecífica. De cualquier manera es difícil separar en todos estos productos el verdadero efecto específico del placebo.

2.º *Formas graves de anorexia primaria o psicógena*:

a) *Anorexia psicógena severa del niño pequeño*: Estas formas, afortunadamente raras, de anorexia cursan con una gravedad especial, y por ello suele ser necesario tomar medidas urgentes de alimentación y aún a veces de rehidratación.

Si se detectan conflictos familiares graves, o alteraciones psiquiátricas de los padres, conviene separar al niño del medio familiar hasta que se corrijan las anomalías. Si existe una alteración grave del desarrollo de la personalidad del niño es necesario recurrir al tratamiento psiquiátrico especializado.

b) *Anorexia nerviosa del adolescente*: En ella deben contemplarse tres aspectos terapéuticos:

- Recuperar el estado nutritivo.
- Psicoterapia individual.
- Psicoterapia familiar.

Algunas formas leves, precozmente diagnosticadas, pueden ser tratadas ambulatoriamente. Sin embargo, en la mayoría de los casos es conveniente recurrir a la hospitalización, que con frecuencia es rechazada tanto por la enferma como por la familia, que se empeña en encontrar una explicación somática para la dolencia.

Si el estado nutritivo está muy deteriorado y la enferma se niega a tomar ali-

mentos, habrá que recurrir a forzar la alimentación, incluso mediante sondaje gástrico. Sin embargo, generalmente da buen resultado alcanzar algún tipo de acuerdo, basado en el establecimiento de objetivos concretos y premios relacionados con la evolución de la enfermedad y del peso. Se comienza con una dieta equilibrada de 1.500 calorías, que posteriormente se va incrementando hasta alcanzar, si es posible, las 3.000 calorías, siendo conveniente añadir un suplemento vitamínico y mineral.

El tratamiento farmacológico tiene un papel muy secundario en esta modalidad de anorexia.

— La psicoterapia individual debe de ir encaminada a cambiar la imagen distor-

sionada que la enferma tiene de sí misma. Se le deben de explicar la fisiología y las necesidades del organismo, y que éste no funciona correctamente cuando está desnutrido, por lo que le conviene ganar algo de peso.

— La psicoterapia familiar, con frecuencia mal aceptada, es beneficiosa y debe prestar especial atención a la madre, que frecuentemente presenta una crisis depresiva.

Aunque el resultado parezca muy favorable, conviene hacer un seguimiento periódico de los enfermos, debido a la tendencia a recidivar que tiene esta enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. AJURIAGUERRA, J.: *Manual de psiquiatría infantil*, 4.ª ed. esp. Barcelona, España. Toray-Masson, 1979; págs. 177-210.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM III (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales). Barcelona, España. Ed. Masson, 1983.
3. CARDESA, J. J.: *Trastornos del apetito*. En tratado de Pediatría, M. Cruz, 6.ª ed. Barcelona, España. Ed. Expaxs, 1988; págs. 924-931.
4. LAPLAINE, R.: *Anorexie de l'enfant et de l'adolescent*. *En cycl. Med. Chir., París, France. Pédiatrie*, 4101 G⁴⁰, 2-1986, 4p.
5. LITT, I. F.: *Anorexia nerviosa y bulimia*, En Nelson: *Tratado de Pediatría*, 13.ª ed. esp., Madrid, España. Ed. Interamericana, 1989; págs. 469-470.
6. RAMOS POLL, E.; LÓPEZ SASTRE, J.; GARCÍA AMORÍN, Z.: *Protocolo sobre la valoración del estado nutritivo*. *Bol. Pediatr. suplemento* 1988; 179-184.