

REVISIONES

PATOLOGÍA ALIMENTARIA: ¿ENFERMEDAD DE LOS TIEMPOS MODERNOS?

Dras. Leticia Rímola, María Haydée Capra

ASPECTOS HISTÓRICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIOCULTURALES

Históricos

La patología alimentaria, en sus distintas facetas, no es una entidad nueva sino que existen indicios de la misma desde la antigüedad. El punto es que antes del siglo XIX la restricción alimentaria estaba directamente relacionada con tabúes alimenticios o prácticas religiosas y expiatorias.

Para los Egipcios la comida era sinónimo de enfermedad por lo cual practicaban purgas regularmente (mensuales). Los Romanos, afectos a los banquetes y excesos alimentarios frecuentes, implementaron los vomitorios, cercanos a los salones de comida.

Durante la Edad media: los ejemplos de Sta Catalina de Siena: (1347) – (1380); de Sta Wilgefortis (“Santa Barbuda”) de quien se supone que dicha barba no era sino una exacerbación del lanugo propio de la anoréxicas y de la Princesa Margarita de Hungría (siglo XIII) son modelos claros de la restricción alimenticia como práctica religiosa o expiatoria.

En el siglo XIX, la desacralización de la medicina y la introducción del pensamiento científico incitaron la penalización de la restricción alimentaria y en tal sentido que comenzara a reconocerse como enfermedad. La primera descripción clínica de la anorexia la hace Lasegue en 1873 quien la denomina Anorexia Histórica y la describe de ésta manera... “una chica entre 15 y 20 años, experimenta una emoción que manifiesta o disimula. Generalmente se trata de algún matrimonio frustrado, otras veces el fracaso o la contrariedad en una amistad, e incluso en ocasiones, relacionada con algún deseo más o menos inconsciente”. Y luego hace hincapié en algo que nos parece muy significativo “El ayuno no es total, no tiene nada en común con el rechazo de los alimentos que hacen los melancólicos”. Gull, poco después de Lasegue, es el primero que la denomina Anorexia Nerviosa y dice “la pérdida de apetito se debe a un estado anímico patológico”, “... su origen es central y no periférico y se debe a un estado mental mórbido”; se negaba a recetar medicinas, sugiriendo que el control moral del paciente y un cambio en las relaciones domésticas eran esenciales para la curación.

Servicio de Pediatría. Sección Adolescencia. Hospital Privado de Comunidad. Córdoba 4545 (7600) Mar del Plata, Argentina.

Con respecto a la bulimia, era bien conocida desde la antigüedad como así también el vomitar luego de ingestas copiosas. En 1785 James describe tres tipos de bulimia: 1.-bulimia del tipo hambre pura; 2. -bulimia asociada con desvanecimientos; 3. -bulimia que finaliza con vómitos. La bulimia como alguna forma de voracidad impulsiva y neurótica fue descrita recién al final del siglo XIX como un trastorno más del apetito junto con la pica. Durante las tres primeras décadas de éste siglo se encuentran varias referencias a la enfermedad pero recién en 1932 Wulff hace la primera descripción clínica de bulimia nerviosa, su asociación con otro tipo de adicciones y alteraciones cognitivas con relación al peso y esquema corporal.

Desde 1980 hasta la fecha se ha observado un claro aumento en la incidencia de esta enfermedad y la consecuente preocupación de la comunidad médica por ellas. El fallecimiento de Karen Carpenter, una cantante norteamericana en 1983, a consecuencia de complicaciones de su anorexia quizás haya contribuido en esta toma de conciencia.

Psicológicos

En esta particular forma de autoagresión existen, generalmente, una serie de factores predisponentes – individuales y familiares – presentes en un número muy significativo de casos que superan la mera casualidad.

1) Individuales:

No son exactamente iguales en la anorexia que en la bulimia pero algunos coinciden en ambas.

a) Baja autoestima (en la identidad personal, belleza, independencia).

b) Alteraciones de la conducta con pares. Automarginación. (anorexia); histrionismo (bulimia) o comportamientos fóbicos sociales (se sienten molestos o humillados al comer en público.

c) Personalidad sobreadaptada, perfeccionista, autoexigente, dedicación excesiva al trabajo o al estudio.

d) Inquietudes egocéntricas (referidas al propio cuerpo).

e) Pensamientos obsesivos – compulsivos con la comida, preocupación por los detalles, las listas, el orden, la organización.

f) Percepción física alterada. Alteraciones del esquema corporal propio y de los demás.

g) Trastornos depresivos e inestabilidad afectiva. La depresión puede aparecer también como una con-

siderable disminución de peso. los trastornos por ansiedad están frecuentemente asociados. Algunos refieren sensaciones disociativas antes o después de los atracones.

h) Baja tolerancia a la frustración.

i) Alexitima: dificultad para registrar y expresar sus emociones.

j) Falso «self»: adoptando una máscara y actuando como reflejo del deseo de otros.

k) Terquedad, escrupulosidad, rigidez, obstinación.

l) Dependencia y abuso de sustancias estimulantes y/o alcohol en un 1/3 de los pacientes bulímicos.

m) Episodios psicóticos en anoréxicas graves con deterioro progresivo a lo largo de la vida.

II) Etapa biológica de la vida

a) Cambios físicos normales que implican aumento de grasa corporal en distintas zonas del cuerpo según el sexo (alteraciones del esquema no elaborado por la pérdida del cuerpo infantil?).

b) Disfunción del eje hipotálamo – hipofiso – adrenal con desregulaciones endócrinas y metabólicas que influyen en la regulación del peso y la actividad energética.

c) Preocupación estética exagerada.

d) Inmadurez psicoafectiva y autoestima dependiente de factores exógenos.

e) Inquietud por la obesidad entre los pares.

f) Tendencia biológica a la obesidad en la mayoría de los casos de bulimia.

III) Familiares:

Si bien es posible la aparición de patología alimentaria en familias sin ninguna – aparente – alteración de la dinámica o de los roles familiares, la investigación sistematizada del núcleo de convivientes muestra con frecuencia uno o más de los siguientes rasgos:

a) Familias muy sobreprotectoras, rígidas, que asfixian los intentos de independencia. De esta manera el control de lo que el paciente ingiere se convierte casi en lo único que la familia no puede controlar.

b) Familias desorganizadas o caóticas donde los problemas se tapan, se esconden o se discute en vano sin llegar a ninguna solución.

c) Familias con marcado interés hacia las dietas y alteraciones en la escala de valores, en las cuales predomina la cultura del cuerpo y la belleza física en detrimento del intelecto, las actividades comunitarias o solidarias.

d) Familias con escaso apoyo hacia las actividades de los hijos o conductas desautorizantes ante sus logros.

e) Mala relación primaria con la madre.

f) Madre dominante, padre distante.

g) Alta incidencia de obesidad materna.

h) Frecuentes antecedentes de depresión o adicciones en los familiares directos de bulímicas.

i) Parientes de primer grado que padecen patología alimentaria.

Los enunciados precedentes como así también la mayor incidencia de ésta patología entre mujeres jóvenes, blancas, de sectores económicos medios o altos se dan en un alto porcentaje de casos, pero la falta de ellos no invalida el diagnóstico en un caso especial siempre y cuando cumpla con los criterios del DSM-IV R que se mencionan más adelante.

Socioculturales:

a) En los últimos 25 ó 30 años existió un cambio en la escala de valores en la sociedad occidental. La cultura se hizo fundamentalmente “**corporalista**” predominando el interés del cuerpo y la belleza física. Son pruebas evidentes la búsqueda incesante de una juventud prolongada, la alta demanda de cirugías estéticas de todo tipo y la solicitud constante de buena presencia para todo tipo de trabajo, en detrimento de la idoneidad.

b) Modificación de los **ideales de belleza física** especialmente en determinados grupos culturales de Occidente. Esta patología predomina en los países ricos en alimentos y/o en grupos culturales socioeconómicos medios o altos.

c) Por lo anterior, **intensas y profundas presiones** especialmente sobre la mujer de las sociedades europea y americana para cambiar de peso.

d) Exigencia **irracional de delgadez** en determinados estudios o actividades que los jóvenes eligen (danza, gimnasia artística, luchadores varones, etc.). Un trabajo realizado entre bailarinas y estudiantes de danza del Teatro Colón de Buenos Aires mostró que el 16% padecían de anorexia y el 27% de bulimia.

e) En nuestro país parece haber una preocupación nacional por la disminución de peso lo cual ha originado toda una **industria de la dieta** de la cual vive mucha gente que a su vez hace todo lo posible para exacerbar el tema. Solo basta leer los suplementos de fines de semana de los periódicos de mayor tirada del país y recorrer las múltiples, variadas, y exóticas ofertas para bajar de peso y mejorar la apariencia física.

f) Efecto inductivo de los medios de comunicación sobre los grupos más susceptibles de identificación – ej. Adolescentes - presentando a ésta patología como **la enfermedad de moda** y entronizando figuras frívolas pero muy bellas y delgadas como el ideal necesario para alcanzar la felicidad y el éxito.

g) Aunque puede afectar a cualquier grupo étnico, algunos estudios realizados en U.S.A muestran que las personas afectadas son mayoritariamente **blancos**.

ANOREXIA NERVIOSA

Epidemiología:

Incidencia: 3-4 casos / 10.000 habitantes

Morbimortalidad: 10% muerte. Algunas pacientes se recuperan totalmente luego de un único episodio; otras presentan fluctuaciones (ganancia de peso y recaídas) y el 30% pasan a la cronicidad.

Sexo: fem. > masc. 8-9 casos a 1.

Edad de comienzo: entre 10 y 20 años (mayor incidencia entre 15 y 17 años).

Definición:

Alteración grave de la conducta alimentaria que se caracteriza por un rechazo a mantener un peso corporal mínimo, intenso miedo a ganar peso y alteración significativa de la percepción de la forma y tamaño del cuerpo.

El término anorexia es equívoco porque la pérdida del apetito es rara, la sensación de apetito persiste y la paciente sufre con la restricción alimentaria que se autoimpone.

El pronóstico es peor cuanto menor es la edad de comienzo, por la gravedad de los trastornos psiquiátricos asociados. El comienzo se asocia generalmente a una situación de stress generadora de una importante ansiedad y que pone de manifiesto una falla psíquica subyacente.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO DEL DSM-IV

a) **Negativa a mantener el peso corporal sobre un peso mínimo normal para la edad y la talla** (más de un 15 % abajo del peso ideal según tabla) o falta de aumento de peso esperado durante el período de crecimiento que conduce a un 15% inferior al ideal o velocidad desmesurada en el descenso de peso en el caso de obesas a dieta.

b) **Miedo intenso de ganar peso o engordar**, inclusive estando por debajo de su peso correspondiente. Este miedo no desaparece aunque el individuo pierda peso, por el contrario puede aumentar paralelamente a la pérdida de peso.

c) **Alteración de la manera en que percibe el peso, el tamaño o la forma del cuerpo** (dice que se siente gorda aunque esté emaciada). Exageración de su importancia en la autoevaluación y negación del peligro que comporta el bajo peso corporal. Algunas pacientes se obsesionan con partes de su cuerpo que le parecen "gordas" (en particular abdomen, nalgas y muslos) se pesan constantemente, anotan las medidas del cuerpo de manera obsesiva o se miran al espejo repetidamente para observar las zonas "obesas".

d) En las mujeres post puberales, **ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales** consecutivos cuando por lo demás es esperable que ocurran (descartar otras causas de amenorrea), se considera que una mujer tiene amenorrea si sus períodos ocurren sólo después de la administración de hormona. La amenorrea es generalmente consecuencia de la pérdida de peso pero en una minoría de casos la precede.

En niñas prepuberales puede atrasar la aparición de la menarca.

e) **Actividad física desmesurada** destinada solo a perder calorías, en particular ejercicios abdominales y footing.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Subtipos clínicos:

- **Restictivo:** la pérdida de peso se consigue haciendo dieta. Ayunando o realizando ejercicios intensivos.

- **Compulsivo purgativo:** recurren regularmente a "atracones" y luego utilizan laxantes, diuréticos o vómitos autoinducidos.

Peculiaridades de la entrevista

La negación de la enfermedad es universal, la paciente percibe el aumento de peso como un fracaso inaceptable y en consecuencia suele haber hostilidad frente a cualquier intromisión, máxime que generalmente no consultan por propia iniciativa sino que las traen sus familiares o la consulta surge como presión de alguna institución (colegios, clubes, etc.). Son frecuentes las disputas en el consultorio entre la paciente y los padres (generalmente es la madre la que acompaña). Estas actitudes se entienden si comprendemos que el aparato psíquico de la paciente queda preso de un superyó controlador y persecutorio que no tolera la pérdida del autocontrol que representaría el aumentar de peso. La patología en si hace que la adolescente tenga el control familiar y goce de los beneficios secundarios que le da la enfermedad. Es habitual que provoque en el profesional una sensación de disconfort y encono que debe ser superada para poder evaluar objetivamente tanto a la paciente como a la dinámica familiar.

Es muy útil una anamnesis alimentaria que incluya por lo menos 48 ó 72 horas. Con mucha frecuencia responde que come diariamente alrededor de 500 calorías diarias, que se ve obesa y que quiere pesar menos de lo que pesa aunque esté emaciada, todo esto mientras se le llenan los ojos de lágrimas. Comienzan excluyendo de su dieta todos los alimentos de alto contenido calórico, luego los ricos en hidratos de carbono, para terminar con una dieta muy restringida con muy pocos alimentos. Interrogar si come con la familia o a solas, si se levanta rápidamente de la mesa y va al baño, si realiza actividades físicas vigorosas y durante cuánto tiempo diario, si toma regularmente diuréticos o laxantes.

Se debe recabar información sobre patología alimentaria u obesidad entre familiares cercanos, amigos, compañeros de colegio, etc.

Hay algunas preguntas que son claves para el diagnóstico y establecer la gravedad de la situación:

Contame lo que comés en las cuatro comidas de un día cualquiera

¿Cómo te ves?.

¿Cuánto quieres pesar?.

El interrogatorio dirigido pone de manifiesto varias de las características psicosociofamiliares mencionadas anteriormente. Es habitual que todos estos cambios coincidan con comienzo o exacerbación de alguna actividad física que realiza minuciosamente a diario en forma desmesurada. Son frecuentes las dificultades en el área de la sexualidad.

En los pacientes varones (5% a 10%) predomina fundamentalmente una actividad física exagerada unida a dietas unilaterales prácticamente en base sólo a proteínas y líquidos. Dificultades en el proceso de identidad sexual.

EXÁMEN FÍSICO

Si bien es una enfermedad psiquiátrica, antes de derivar al servicio respectivo, el pediatra o clínico tiene la obligación de evaluar el déficit nutricional, establecer los diagnósticos diferenciales (especialmente del binomio pérdida de peso mas amenorrea) estableciendo la gravedad de la condición y ayudando a decidir si el tratamiento puede ser ambulatorio o debe ser internada.

Los hallazgos dependen fundamentalmente del grado de inanición y del tipo clínico de anorexia (con o sin vómitos o laxantes). **Importante:** se debe inspeccionar y pesar al paciente sólo con la ropa interior y después de haber evacuado la vejiga.

- Piel seca, escamosa y amarillenta por betacarotenos de la alimentación.
- Tejido subcutáneo escaso o nulo.
- Lanugo en las mejillas, brazos y espalda.
- Prominencias óseas muy notorias.
- Hiperqueratosis sobre las apófisis vert. posteriores dorso-lumbo-sacras por roce
- Mamas y nalgas encogidas.
- Alopecia o pelo quebradizo.
- Insomnio.
- Frialdad y/o cianosis acral.
- Presencia de vello sexual.
- Abdomen excavado generalmente con cuerda cólica palpable.
- Signos o síntomas de osteoporosis.
- Hipotermia. (temp. bucal menor de 36°C)
- Bradicardia con aumento ortostático del pulso.
- Hipotensión o hipotensión ortostática.
- Pulso débil.
- Síntomas de miopatía en las consumidoras de Ipeca.

- Debilidad muscular proximal o patrón sensitivo compatible c/ neuropatía sensitiva
- Disminución de reflejos tendinosos.
- Grosera distorsión del pensamiento.

La presencia de cualquiera de los signos indicados en cursiva, aunque no se encuentren todos, son indicadores precisos de internación.

LABORATORIO

Puede ser negativo, si el cuadro es leve o de corta evolución, o bien presentar uno o varios de los siguientes valores según se combine o no con episodios de atracones y vómitos:

- Deshidratación
- \uparrow prealbúmina
- Anemia ferropénica microcítica
- Hipercolesterolemia con \uparrow LDL
- Leucopenia con linfocitopenia
- V.E.S normal
- Orina con cetonuria y pH \uparrow con \downarrow alta (deshidratación) o baja (sobrecarga hídrica)
- Hipoalbuminemia
- Hipercarotinemia.
- Hipopotasemia (*)
- Alcalosis hipoclorémica (**)
- \uparrow Fosfatemia (signo de mal pronóstico)
- \uparrow act. Renina plasmática
- \uparrow secreción de aldosterona
- \uparrow estrógenos
- \uparrow FSH
- \uparrow LH
- \uparrow STH y somatomedina
- \uparrow GnRh
- \uparrow T3
- \uparrow dopamina y noradrenalina
- \uparrow cortisol con respuesta anormal a la prueba con dexametasona
- \uparrow serotonina y sus receptores (***)
- \uparrow endorfinas en L.C.R (****)
- \uparrow vasopresina en L.C.R
- \uparrow act. Renina plasm.
- \uparrow sec. Aldosterona
- Signos o síntomas de osteoporosis

El E.C.G. muestra complejos de bajo voltaje y/o prolongación del QRS, de los intervalos QT o PR, trastornos derivados del desequilibrio electrolítico – especialmente la hipopotasemia – o a consecuencia de una dieta exclusivamente hidroproteica.

(*) y (**) Sólo en los casos que existan vómitos agregados, dependiendo la intensidad de los signos de la frecuencia y vehemencia de los vómitos.

(***) Algunos trabajos muestran resultados contradictorios.

(****) Por la actividad física intensa y por los vómitos. Este dato remeda situaciones con animales de laboratorio hambreados y sujetos a estrés quienes aumentan su actividad física compulsivamente hasta morir.

Diagnósticos Diferenciales de Pérdida de Peso y Amenorrea

Médico	Endocrinológico	Psiquiátrico
Enf. de Crohn	Sind. de Sheehan	Depresión Endógena
Enf. Celiaca del adulto	Enf. de Addison	Esquizofrenia
Tuberculosis	Hipertiroidismo	Abuso de cocaína
Cáncer avanzado	Diabetes I.D	Abuso de anfetaminas

TRATAMIENTO

Las causas de muerte por la anorexia en sí son fundamentalmente cuatro: inanición, desequilibrios electrolíticos, intervalo QT prolongado con arritmia (taquicardia ventricular tipo «torsade de point») y suicidios; o bien por complicaciones infecciosas, ruptura de esófago o mediastinitis.

Es prioritario para conseguir un buen resultado, manejar simultáneamente los aspectos médicos, nutricionales, psicológicos individuales y la dinámica familiar. Esto significa la participación simultánea de todo el equipo de salud incluyendo enfermeros y mucamas, adoptando iguales normas y utilizando el mismo lenguaje para evitar que el paciente manipule a alguno independientemente en sus intentos –que serán repetidos- de boicotear el aumento de peso.

El riesgo de vida que significan las alteraciones electrolíticas y la deshidratación obligan – cuando existen - a tratarlas en primera instancia conjuntamente con la reposición de calorías en la dieta. Ambas deben ser corregidas lentamente. Es aceptable comenzar con una dieta de 1000 a 1200 Kcal / día aumentando 150-250 Kcal / día (evita la dilatación gástrica aguda y/o insuficiencia cardíaca congestiva por sobrecarga de volumen) con control de peso diario y una reposición hidroelectrolítica que alcance los niveles normales en el transcurso de 72 a 96 horas (alteraciones de la bomba de Na-K por agotamiento del ATP).

El hipopostrogenismo crónico de estas pacientes condiciona pérdida de masa ósea, especialmente en los casos en que no realizan actividad física intensiva (actuaría como factor protector de la osteoporosis). Es conveniente comenzar precozmente la terapia hormonal de reemplazo, puesto que la respuesta sobre la remineralización del hueso, dependen fundamentalmente de la gravedad de la pérdida de peso previa al tratamiento hormonal. Aún con terapia hormonal precoz, la restauración de los ciclos normales es probablemente el signo clínico más tardío en recuperarse.

El profesional de Salud Mental determinará si, además del tratamiento psicoterapéutico, amerita fármacos asociados. En éstos casos se utilizan drogas como la imipramina (*), ciproheptadina, fluoxetina o clomipramina con o sin ansiolíticos agregados.

(*) No se aconseja en pacientes muy jóvenes (< de 12 años) o con trastornos electrolíticos por la frecuente posibilidad de arritmias.

BULIMIA

Epidemiología:

Incidencia: no se sabe con certeza porque los síntomas pueden ser disimulados muchos años.

Sexo: la misma proporción de la anorexia.

Edad de comienzo: mayor que en la anorexia, generalmente en la adolescencia tardía, en la adulta joven e inclusive hay casos diagnosticados cercanos a los 40 años.

Definición:

Patología de la alimentación que se caracteriza por la presencia de atracones y la utilización de métodos inapropiados para evitar la ganancia de peso.

Se define “**atracon**” como el consumo, en un período corto de tiempo (inferior a dos horas), de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría comería. No se considera atracón “ ir picando” pequeñas cantidades de alimentos a lo largo del día. El tipo de ingesta puede ser variado, pero en general se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico. Estos episodios provocan vergüenza y los pacientes intentan ocultarlos. La ingesta es rápida y puede durar incluso hasta sentir dolor por la plenitud.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO DEL DSM IV:

a) **Episodios recurrentes de atracones alimentarios** (consumo rápido de una gran cantidad de alimentos durante un relativamente corto período de tiempo).

b) **Sentimiento de falta de control sobre la conducta alimentaria** durante el atracón.

c) **Episodios regulares de vómitos autoinducidos**, uso de laxantes y/o diuréticos, dieta o ayuno estricto, o ejercicio vigoroso para evitar el aumento de peso.

d) **Promedio mínimo de dos episodios de atracones alimentarios por semana** durante por lo menos tres meses.

e) La **autoestima** esta decisivamente influida por la silueta o el peso corporal.

Los atracones que aparecen exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa se diagnostican como Anorexia Nerviosa tipo compulsivo-purgativo y no debe establecerse el diagnóstico de bulimia.

Este tipo de trastorno alimentario aparece también en la adolescencia, pero la consulta se demora

generalmente varios años puesto que no demuestra desnutrición o caquexia como la anorexia nerviosa y la paciente logra mantener en secreto sus prácticas adelgazantes. Coexiste habitualmente con un peso conservado para la talla o a veces leve sobrepeso. Se considera que la Bulimia es una adicción alimentaria y conductual, similar a otras adicciones como el alcohol o las drogas.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Subtipos clínicos

* **Purgativo:** el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.

* **No Purgativo:** el paciente ha empleado otras técnicas compensatorias no apropiadas, como ayunar o practicar ejercicios intensos, pero no ha vomitado ni utilizado laxantes o diuréticos.

La anamnesis de estas pacientes debe estar dirigida a detectar las conductas bulímicas típicas:

- Atracciones asociados con ansiedad
- Culpa por comer
- Comer en secreto
- Robar o esconder alimentos
- Usar el baño inmediatamente después de comer
- Ejercicio compulsivo
- Evidencia de uso de laxantes o diuréticos
- Autoestima estrechamente ligada al peso o la silueta
- Control de peso frecuente
- Fluctuaciones rápidas de peso
- Alteraciones de la concentración.
- Humor depresivo o irritabilidad.
- Impulsividad que se manifiesta en las relaciones interpersonales y en la conducta sexual.

Se debe dirigir el interrogatorio hacia síntomas del aparato digestivo pues con mucha frecuencia manifiestan síntomas de esofagitis, gastritis, dolor abdominal, constipación crónica y hemorroides.

EXÁMEN FÍSICO

Debe estar dirigido a detectar las consecuencias de los vómitos autoinducidos, o el uso de medicamentos o ambos.

- Sialoadenosis (tumefacción parotídea y submaxilar).
- Erosión del esmalte dentario.
- Petequias y hemorragias subconjuntivales
- Fibrosis, hiperqueratosis o úlceras en los nudillos.
- Signos de tetania.

-Lesiones en el paladar.

- Signos o síntomas de irritación o ruptura esofágica.

- Signos o síntomas de neumomediastino.

- Dolor o agotamiento muscular.

LABORATORIO

Dependerá del tiempo de evolución de la bulimia, de la frecuencia de los vómitos, del uso o no de laxantes y diuréticos. Puede ser absolutamente normal o mostrar los siguientes datos con distintos rangos de gravedad:

- Alcalosis hipoclorémica.

- Hipopotasemia.

- Orina alcalina.

- - CL urinario (vomitadoras).

- - amilasas séricas.

- S.O.M.F.+ (*).

- E.C.G. con trastornos de la repolarización (**).

- - Na urinario (diuréticos).

TRATAMIENTO

Como en el caso de la A.N. debe ser policausal y simultáneo por los distintos miembros del equipo de salud. El tratamiento de base es el psicológico, con o sin fármacos antidepressivos y/o ansiolíticos agregados además de la corrección adecuada de los trastornos electrolíticos que por otra parte condicionan el uso de algunos antidepressivos.

PREVENCIÓN

Si volvemos a las causales enunciadas en un principio, se desprende que la prevención debe hacerse fundamentalmente en dos niveles:

1. Adolescente: a-fomentar la autoestima, b-asegurar la persistencia del afecto a pesar de las características propias de personalidad, c- enseñar con el ejemplo a realizar comidas sanas y equilibradas, d-desalentar la autoexigencia exagerada, e- estimular y celebrar los logros intelectuales, afectivos y sociales.

2. Adultos que rodean al adolescente: (padres, docentes, profesionales de la salud)

a- Desmitificar la belleza física como único parámetro de estima personal, b- enseñar a recibir críticamente los mensajes enviados a través de los medios de comunicación, c- encontrar el equilibrio entre la protección hacia la cría y la independencia de la misma dentro de la sociedad, d-enaltecer los logros de los chicos sin críticas exageradas, e- restablecer escala de valores morales, intelectuales, religiosos o sociales, f- ejercitarse toda la familia en discutir las problemáticas familiares teniendo como meta

(*) Cuando los vómitos repetitivos han producido algún tipo de lesión esofágica (la bulimia es una de las causas de ruptura del mismo) o gástrica (especialmente del hiato).

(**) Depende de la gravedad de las alteraciones electrolíticas.

– si no es posible la solución – llegar a algún acuerdo o negociación donde las distintas partes cedan posiciones.

Las campañas de prevención son efectivas pero pueden convertirse en un arma de doble filo. Tenemos experiencia con pacientes que han aprendido a vomitar después del atracón luego de escuchar alguna plática o conferencia de personas bien intencionadas pero mal informadas en cuanto a qué decir en las mismas. Toda charla dirigida a las adolescentes debe descartar la enumeración de síntomas y signos e insistir en los factores predisponentes y preventivos de la enfermedad.

La altísima frecuencia de éstas enfermedades entre los adolescentes y adultos jóvenes que nos rodean, unido a lo prolongado y tortuoso de los tratamientos –que no siempre logran la curación– nos obligan a redoblar todos nuestros esfuerzos para intensificar las medidas preventivas desde la familia y la sociedad.

Agradecimientos:

A los Doctores: P. González Aguilar, M. Arriazu, L. Crocero – integrantes de la Sección Adolescencia - por las sugerencias y correcciones realizadas en la presente recopilación.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. *Diagnosis and statically manual of mental disorders*. IIIrd. R Washington DC. 1987.
2. American Psychiatric Association. *Diagnosis and statically manual of mental disorders*. IVth Ed. Washington DC. 1992.
3. Burton DR. *Causes of hypokalemia*. *Clinical physiology of acid-base and electrolyte dis.* 4th Ed. Mc Graw-Hill, N.Y. 1994:776-99.
4. Camillieri M, et al. *Toward a less costly but accurate test os gastric emptying and small bowel transit- Dig. Dis. SCI.* 1991; 36:309.
5. Counts, Gurstman, et al – *The effect of A.N and refeeding on growth hormone –binding protein insulin- like growth factors- J.Cl. Endocrinol. Metabol.* 1992;75:762.
6. Gold DW, Kaye W, Robertson etc. *Abnormalities in plasma and cerebrospinal fluid arg-vasop. In patient with A.N – N.E.J.M* 1983; MAY 12 308:1117-23.
7. Grinspoon SK, Baum HB. *Effects of rHGF -1 adm.on bone turnover during short-term fasting. J.C.Invest.* 1995;96:900.
8. Mc Graw – Hill. *Physiology of Acid-base and electrolyte disorders.* N.Y. 1994:528-30.
9. *Medicina ambulatoria de adolescentes. FUSA 2000 Editora.*
10. Mc Anarney et al. *Medicina del Adolescente.*
11. Mitchell JE and ad. *Medical complications and medical management of Bulimia. A.I.M.* 1987 Jul: 107 (1): 71-7.
12. Rigotti NA, Nussbaum SR, etc. *Osteoporosis in women with A.N.- N.E.J.M.* 1984; 311:1601.
13. Silber, Munist, Maddaleno, Ojeda. *Manual de Medicina de la Adolescencia. O.P de la Salud.*
14. *Up to Date 6.2 Approach to the patient with weight loss. June 1998.*
15. *Up to Date. Unexplained metabolic alkalosis and hypokalemia. Apr 8, 1995.*